UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1921. — N° 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE

DANS LES

APPENDICITES AIGUËS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 1921

PAR

ROBERT CHICHE

= Né à Alger, le 1er Août 1894 =

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, Professeur de Clinique Chirurgicale. — *Président.*
CABANES, Chargé de Cours (Médecine opératoire).
COSTANTINI, Agrégé (Chirurgie). — *Juges.*
FERRARI, Chargé des fonctions d'Agrégé (Anatomie).

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE

1921

UNIVERSITÉ D'ALGER
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

ANNÉE 1921. — N° 19

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'INTERVENTION SYSTÉMATIQUE

DANS LES

APPENDICITES AIGUËS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Juillet 1921

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

ROBERT CHICHE

= Né à Alger, le 1er Août 1894 =

MEMBRES DU JURY :

MM. VINCENT, Professeur de Clinique Chirurgicale. — *Président.*
CABANES, Chargé de Cours (Médecine opératoire).
COSTANTINI, Agrégé (Chirurgie). — *Juges.*
FERRARI, Chargé des fonctions d'Agrégé (Anatomie).

ALGER
IMPRIMERIE MODERNE
2, BOULEVARD LAFERRIÈRE

1921

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN	MM. CURTILLET (O. ✲, I. ◎).
ASSESSEUR	HERAIL (I. ◎).

PROFESSEURS

Anatomie	MM. WEBER (✲, ⚕, I. ◎).
	LEBLANC (✲, ⚕, I. ◎).
Anatomie pathologique	POUJOL (I. ◎).
Chimie biologique et toxicologie	MAILLARD (✲, ⚗, I. ◎).
Chimie minérale et organique	H. GUILLEMARD.
Clinique médicale	ARDIN-DELTEIL (I. ◎).
Clinique chirurgicale	VINCENT (I. ◎).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	CURTILLET (O. ✲, I. ◎).
Clinique obstétricale	ROUVIER (✲, I. ◎).
Clinique ophtalmologique	CANGE (✲, I. ◎).
Clinique médicale infantile	GILLOT (I. ◎).
Clinique des maladies des pays chauds, des maladies syphilitiques et cutanées.	N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie	TRABUT (✲, I. ◎, O. ⚷).
Histologie	ARGAUD (✲, I. ◎, ⚷).
Hygiène	CHASSEVANT (✲, I. ◎, ⚷).
Médecine légale	MICHELEAU (✲, I. ◎).
Matière médicale et thérapeutique	HERAIL (I. ◎).
Pathologie générale et microbiologie	SOULIE (✲, I. ◎).
Pharmacie	MUSSO (I. ◎).
Physiologie	TOURNADE (✲, ⚗).
Physique médicale	DUFOUR (I. ◎).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✲).	MM. BATTANDIER (I. ◎).
REY (✲, I. ◎).	MALOSSE, Théod. (I. ◎, ⚷).

CHARGÉ DE COURS

Médecine opératoire	M. CABANES (✲, ⚗).

AGRÉGÉS

Chirurgie	MM. COSTANTINI (✲, ❁).
	LOMBARD (❁).
Médecine	RAYNAUD (❁).
	AUBRY (✲, ❁).
Physiologie	GIRAUD (✲, ❁).
Histoire naturelle, méd. et parasitologie.	SENEVET (❁).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Accouchements	MM. FUSTER (✲, ❁, I. ◎).
Chimie	H. MALOSSE (❁, I. ◎).
Anatomie	FERRARI (❁, A. ◎).
Pharmacie et matière médicale	N...

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MA TANTE

A MON FRÈRE, A MA BELLE-SŒUR

A MES SŒURS, A MES BEAUX-FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES NEVEUX ET NIÈCES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VINCENT

Professeur de Clinique Chirurgicale

Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris

Pour le très grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse: Qu'il soit assuré de notre profond respect.

A MES JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR Et. CABANES

Chargé de Cours (Médecine opératoire)

Qui a bien voulu nous inspirer notre thèse. Nous n'oublierons jamais qu'il fut pour nous un guide bienveillant et précieux. Que notre Maître veuille bien agréer l'expression de notre vive gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR COSTANTINI

Agrégé (Chirurgie)

MONSIEUR LE PROFESSEUR FERRARI

Chargé des fonctions d'Agrégé (Anatomie)

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE D'ALGER

JE DÉDIE CETTE THÈSE.

INTRODUCTION

Pour n'être pas nouvelle, la question du traitement chirurgical de l'appendicite aiguë n'en est pas moins encore discutée, sans solution définitive dans nombre d'esprits. Sur ce sujet, le nombre des travaux qui ont défrayé la chronique médicale est immense, et ce, parce que la ligne de conduite à suivre en face d'une appendicite n'est pas une.

Faut-il être radical ? Faut-il être opportuniste temporisateur ? Le praticien se le demande à pied d'œuvre. Nous voudrions qu'il trouvât dans ce résumé les opinions condensées certes, mais toutes, et que toutes les formes d'appendicites fussent ici représentées et comme un guide type de la conduite à tenir.

Nous nous proposons ici, après avoir parcouru rapidement les étapes franchies par le traitement de l'appendicite, de montrer, après bien d'autres, que l'opération immédiate est la thérapeutique la plus rationnelle de cette affection. Nous nous proposons de dire comment on peut intervenir au mieux du cas envisagé.

Nous répéterons bien des auteurs : il n'est pas inutile de répéter une vérité, pourvu que ce soit avec force et avec clarté ; c'est à cela que ce modeste travail de synthèse essaie d'atteindre.

Toutefois, pour préciser la notion de thérapeutique générale de l'appendicite aiguë dominante dans notre

esprit, nous faisons nôtre une conclusion de Poirier, nous faisons de cette proposition le fond et l'objet de notre thèse, savoir : « Sous toutes ses formes et à tous ses degrés, l'appendicite aiguë doit être opérée et le plus rapidement possible ».

Cette phrase, que contient-elle de vérités ? C'est ce que nous nous efforcerons de mettre en lumière.

CHAPITRE I

Le traitement de la crise appendiculaire. — Historique

Le début des controverses sur l'intervention précoce dans l'appendicite aigüe ne date pas d'hier. C'est en Amérique, il y a 25 ans déjà, que fut d'abord préconisée cette ligne de conduite par Fitz, de Boston, en 1886. A partir de ce moment, Fitz fit école autour de lui, ralliant à sa façon de voir des chirurgiens tels que Well, Bull, Mac-Burney.

Rummel, au Congrès des chirurgiens allemands, fut le premier en Europe à parler d'intervention précoce.

En France, à la Société de Médecine de Lyon, ce furent Poncet et Jaboulay qui propagèrent la conception américaine. En 1891, faisant état de 16 observations, ils déclaraient qu'il faut « être interventionniste, et surtout interventionniste hâtif.» L'année suivante, Lasserre, inspiré par Poncet, préconisait dans sa thèse « qu'il faut intervenir dans les 30 premières heures ».

Ce n'est qu'en 1897 seulement qu'à Paris, Dieulafoy, après les lyonnais, se fit le champion de l'intervention à chaud : « Le traitement médical de l'appendicite est nul ou insuffisant... le seul traitement rationnel est l'intervention chirurgicale pratiquée en temps opportun [1] ». Plus tard, Dieulafoy proposait d'opérer 36 à 48 heures après le début des accidents [2].

Poirier, en 1898, se montra plus radical encore devant la Société de Chirurgie de Paris. Passant en revue 17 cas opérés par lui pendant cette même année, il conclut que « sous toutes ses formes, et à tous ses degrés, l'appendicite aigüe doit être opérée, et cela le plus rapidement possible [3] ».

---

1. Dieulafoy, Bull. de l'Acad. de Médecine, Paris 1895.

2. Dieulafoy, Cl. Méd. de l'Hôtel-Dieu, 1900.

3. Poirier ; Traitement de l'appendicite, Bull. de la Soc. de Chirurg., Paris 1898.

Mais les véritables débats ne devaient commencer qu'en 1889, toujours devant la Société de Chirurgie de Paris. Comme le disait M. Quénu, on trouvait à ce moment « d'un côté les partisans du traitement chirurgical systématique, de l'autre, les défenseurs du traitement chirurgical sélectionné ».

A ces derniers, les interventionnistes disaient :

1° Vous ne pouvez pas, dans l'état actuel de nos connaissances, porter cliniquement de pronostic ferme au début d'une appendicite ;

2° Vous dites que vous ne laissez pas évoluer une complication, mais la surveillance étroite du malade que vous demandez est presque impossible à réaliser ;

3° Votre but, en opérant à froid, est d'enlever l'appendice et d'assurer à votre malade une paroisolide. Or, dans la moitié des cas, vous avez la main forcée par une complication : dans ces conditions, souvent vous ne réséquez pas l'appendice, et vous drainez, d'où éventration possible ;

4° Enfin, vous admettez qu'un appendice capable d'une seule crise doit être extirpé. Or, appelés au début d'une appendicite, que faites-vous ? Vous prescrivez le repos au lit, la diète pendant plusieurs semaines. Pendant cette tentative de refroidissement, vous faites courir à votre patient tous les risques de complications graves, abcès ou péritonites, et il a au moins 15 à 20 chances d'en mourir.

Supposons que le malade passe à travers tous ces dangers, vous lui proposez l'opération au moment où il ne souffre plus, où il espère reprendre le cours de sa vie ordinaire, au moment enfin où il est le moins disposé.

Pourquoi donc n'intervenez-vous pas dès le début, lorsque l'intervention semble logique au malade et à son entourage, et alors que vous êtes sûrs d'enlever l'appendice sans difficulté ?

Les temporisateurs, pour se défendre, invoquent les raisons suivantes :

1° Le diagnostic d'une appendicite au début n'est pas toujours facile. L'intervention précoce expose donc le chirurgien à réséquer, dans sa précipitation à opérer, non seulement des appendices malades, mais aussi des appendices sains ;

2° Le chirurgien est rarement appelé à temps par le

médecin ou le malade : le plus souvent, il arrive lorsque les délais favorables sont passés ;

3° Le but de l'appendicectomie précoce est d'éviter les complications. Or, celles-ci peuvent survenir même dans les 48 premières heures, puisqu'on a signalé des perforations appendiculaires 20 heures et même 16 heures après le début des accidents ;

4° Enfin, et surtout, l'opération précoce est dangereuse en elle-même, et ses suites ne sont pas toujours satisfaisantes.

Au cours de ces discussions qui font époque, la balance pencha en faveur des interventionnistes, qui virent constamment leur nombre s'augmenter. Aussi, Poirier put-il faire voter, le 26 avril 1899, à une très grosse majorité, le principe que « l'appendicite aiguë doit être opérée le plus tôt possible, d'urgence, comme une hernie étranglée, dès que le diagnostic est établi. » Mais, jusque là, les débats étaient plutôt restés sur le terrain théorique. Vers 1900, les idées de Dieulafoy, appuyées par les accidents survenus au cours des traitements les mieux surveillés, gagnaient du terrain. Tant en France qu'à l'Etranger, dans les Congrès de Chirurgie et les Sociétés savantes, se dégageait peu à peu cette opinion qu'il y avait un intérêt primordial à opérer les appendicites dans les 48 premières heures, parce qu'à cette période, mis à part les cas compliqués d'emblée de péritonite généralisée, la bénignité opératoire était à peu près équivalente à celle de l'intervention à froid.

En même temps, des statistiques furent publiées un peu partout pour confirmer le bien fondé de ces données.

En France, Mahar [1], dans sa thèse, signale que sur les 80 cas réunis par lui qui ont été opérés dans les 48 heures, il n'y eut que 5 0/0 de décès.

Mais ce sont surtout les statistiques étrangères qui, jusqu'à ces dernières années, ont servi de base d'appréciation.

Sprengel [2], de 1900 à 1906, a opéré 254 appendicites :

85 au stade précoce, avec 4 morts, soit 4,7 0/0 de décès (dont 15 péritonites libres, avec 4 morts).

169 au stade tardif, avec 42 morts, soit 24,8 de décès (dont 51 péritonites libres, avec 32 morts).

1. Mahar, Traitement de l'appendicite aiguë, Th. Paris, 1904.
2. Sprengel, In Deutsche Chirurgie, 1906.

Bar [1], de Münsterlingen, a traité 217 cas d'appendicite, soit :

82 opérations précoces, 4,7 0/0 de mortalité.
58 opérations du 3e au 5e jour, 13,8 0/0 de mortalité.
77 opérations après le 5e jour, 15,5 0/0 de mortalité.

Cazin, de Paris, au Congrès Français de 1908, a donné les chiffres suivants :

48 opérations à chaud, se dénombrant ainsi :

10 opérations précoces avec 10 guérisons { 4 dans les 24 premières heures ; 4 » 36 » » ; 1 42 heures après le début des accidents ; 1 52 heures » »

38 interventions tardives, avec 8 morts données par des cas opérés du 3e au 14e jour.

Fritz Bauer [2] a opéré 468 malades dans les 2 premiers jours avec 19 morts, dont 11 péritonites avec 6 morts. Si nous retranchons ces 11 péritonites, nous arrivons au chiffre de 457 opérations avec 13 décès, soit une mortalité de 3 % environ.

En 1911, Fromme [3] publie la statistique de Bauer, nous y relevons :

1	cas opéré	12 heures	après le début.....	0	décès
12	»	24	» »	9,5 0/0	de décès
24	»	36	» »	13,6 0/0	»
36	»	48	» »	21 0/0	»

Après le 3e jour, Bauer n'a plus opéré que les cas d'urgence.

La statistique présentée en 1910 à la Société de Chirurgie de New-York par Clarence et Mac-Villiam est analogue :

20 interventions dans les 16 premières heures, 1 décès (décès survenu par péricardite chez un cardiaque qui mourut au dixième jour avec un état abdominal parfait).

Entre la seizième et la vingt-quatrième heure : 115 cas avec 4 morts, 3,4 0/0. (Les 4 décès se rapportent à : 1 appendicite gangréneuse et 3 péritonites généralisées).

---

1. Bar, In Journal de Chirurgie, 1908.

2. Fritz Bauer, In Berliner Klin. Wochenschrift. 1910.

3. Fromme (Jottinger), Stat. de Bauer, Deustch Zeitsch für Chirurgie, Fév. 1911.

Deuxième jour : 145 cas avec 9 morts, soit 6 0/0 de mortalité (6 morts par septicémie, 2 par occlusions et 1 par pneumonie).

Cinquième et sixième jour : même mortalité.

Sonnenburg, dans son traité (1913) rapporte les résultats qui lui a donné l'opération dans les 48 premières heures. De 1904 à 1911, il opéra de plus en plus, la mortalité au contraire suivant une courbe décroissante due vraisemblablement à la plus grande habitude du chirurgien.

ANNÉES	OPÉRATIONS	GUÉRISONS	MORTS	MORTALITÉ
1904	19	15	4	21,05 0/0
1905	32	26	6	18,7 »
1906	45	40	5	11,1 »
1907	56	52	4	7,1 »
1908	88	84	4	4,4 »
1909	60	54	6	10 »
1910	98	96	2	2,04 »
1911	109	106	3	2,7 »

A la Société de Chirurgie de Paris, Savariaud vint aussi en juin 1913 plaider en faveur de l'intervention précoce. Il est intervenu, toujours avec succès, dans 42 cas où la réaction péritonéale était limitée à la fosse iliaque. Tous ses malades furent opérés dans les 48 heures, et présentaient des lésions appendiculaires graves.

Hartmann, la même année compte :

9	cas opérés	dans les 12 premières heures,	avec 9	guérisons
11	»	24 »	11	»
13	»	36 »	11	»
22	»	48 »	20	»
13	»	au 3me jour	11	»
12	»	au 4me jour	4	»

Nous pourrions multiplier encore les citations. Aussi bien l'appendicectomie précoce ne rencontre-t-elle plus aujourd'hui d'opposition. Et les règles admises actuellement par ceux qui la préconisent sont les suivantes :

Dans les 48 premières heures, on doit opérer sans perdre de temps. Passé ce délai, l'opportunisme reprend ses droits, car les conditions anatomo-pathologiques sont différentes, qui rendent l'intervention plus difficile et dangereuse.

Mais, depuis quelques années, une troisième opinion se fait jour, émanant d'opérateurs qui ont suivi les préceptes de Poirier, et qui n'ont pas eu à le regretter. Ces auteurs estiment que non seulement les appendicites aigües au début relèvent de l'intervention immédiate, mais encore que les appendicites au troisième et quatrième jour et plus, sont justiciables du même traitement. Nous possédons aujourd'hui quelques chiffres à l'appui de ces affirmations.

Déjà, en 1911, au Congrès Français de Chirurgie, Témoin, de Bourges a rapporté les faits suivants :

De 1900 à 1911, il a pratiqué 1442 opérations, d'appendicite à chaud.

50 dans les 30 premières heures.
200 » 48 » »
Le reste après trois jours.

778 n'ont pas nécessité de drainage, les lésions étant uniquement appendiculaires, et ont donné 3 morts.

264 furent drainées : 43 décès mais, sur ce nombre, il y avait 124 péritonites libres qui ont donné à elles seules 39 décès.

Les années suivantes, le même auteur [1] rapporte :

En 1911, 111 cas d'opérations à chaud dont :

71 sans péritonite libre..... 0 mort
40 avec » ..... 3 »

En 1912, 113 cas d'opérations à chaud dont :

69 sans péritonite libre..... 0 mort
44 avec » ..... 4 »

En 1913, 134 cas d'opératons à chaud dont :

91 sans péritonite libre..... 0 mort
43 avec » ..... 5 »

Dans la thèse de Rigaud [2] se trouve consignée la statistique du Docteur Delore, Chirurgien des Hôpitaux de Lyon. Pendant l'année 1912, ce chirurgien eut à opérer 35 appendicites à chaud.

2 furent opérées dans les 48 premières heures, et donnèrent 2 guérisons. Dans un de ces cas, des lésions appendiculaires graves avaient nécessité un drainage.

---

1. Témoin. — Cité par L. Bérard et P. Vignard, dans « L'Appendicite » (Masson 1914).

2. Rigaud, Le traitement actuel de l'appendicite, Th. de Lyon, 1913.

33 furent opérées après 3 jours, toutes avec succès dont 18 avec lésions limitées à l'appendice (perforations dans 4 cas).

15 avec abcès, donnèrent 15 guérisons.

Enfin, tout récemment, le Docteur J. Revel [1], de Nîmes, a publié sa statistique depuis janvier 1918 à mars 1920. Les 48 cas qui en font partie ont paru cette année même dans la thèse de Pibre. Les opérations pratiquées par M. Revel sont ainsi réparties :

3	cas opérés de	12 à 15 heures	après le début de la crise	0 mort
4	»	20 heures	»	»
12	»	1 jour	»	»
12	»	2 »	»	»
8	»	3 »	»	»
3	»	4 »	»	»
6	»	6 à 15 jours	»	2 morts

Tous ces chiffres sont éloquents et vont à l'encontre de l'opinion généralement admise aujourd'hui, à savoir qu'après les 48 premières heures, il vaut mieux s'abstenir et laisser refroidir les appendicites

Voici, brièvement résumée, l'histoire du traitement de l'appendicite aigüe et l'état où en est la question de nos jours.

Le praticien, en face de ces opinions différentes, aura quelque peine à en dégager un enseignement pratique. C'est à ce but que nous allons essayer d'atteindre dans le chapitre suivant.

---

1. J. Revel « De l'intervent. systém. dans l'append. aigüe, Monde Médical, Mars 1921.

CHAPITRE II

Critique des diverses opinions relatives au traitement de l'appendicite aiguë

En définitive, en matière de thérapeutique, nous sommes en présence de quatre méthodes :

1° Le traitement strictement médical ;
2° La temporisation ;
3° L'intervention précoce ;
4° L'opération systématique.

Il s'agit de comparer les avantages et les inconvénients de chacune d'elles et surtout de juger, d'après leurs résultats, quelle est la meilleure.

Contre une crise d'appendicite aiguë, le traitement médical systématique est condamné depuis longtemps, depuis, peut-on dire, que Dieulafoy a proclamé « qu'il est nul ou insuffisant ». Est-ce juste? D'abord un malade ainsi traité a, tout comme les autres, le droit de mourir d'une suppuration ou d'une péritonite. Et puis, même, si la première crise arrive sans dommage jusqu'à résolution, il est avéré qu'il y a 95 chances pour 100 pour que d'autres crises suivent à échéances plus ou moins éloignées. Aussi, répéterons-nous avec Roux, de Lausanne, que le plus sûr moyen pour un appendiculaire d'éviter le retour des accidents, c'est d'avoir « son appendice dans sa poche ».

Ceci dit, le choix reste limité entre les trois formes du traitement chirurgical : temporisation, intervention précoce, intervention systématique.

Pour faciliter notre tâche, nous nous supposerons successivement en présence des deux cas qui peuvent se présenter au praticien, c'est-à-dire :

1° En face d'une appendicite aiguë au stade précoce, dans les deux premiers jours de son évolution ;

2° Devant une appendicite au stade tardif, plus de deux jours après son début.

1° Appendicite au stade précoce

On nous amène un malade qui présente des accidents appendiculaires datant de moins de 48 heures. Faut-il le coucher immédiatement sur la table d'opération, comme le veulent les interventionnistes, qu'ils soient partisans de l'intervention précoce ou de l'opération systématique ? Faut-il, au contraire, attendre et écouter les temporisateurs ? Tel est le problème.

Pour nous, nous le disons tout de suite, mais tous les médecins ne se sont pas encore ralliés à cette pratique, un pareil malade doit être opéré sur le champ. On nous objectera : C'est une erreur de vouloir intervenir immédiatement, alors que tout peut rentrer dans l'ordre ; il est incompréhensible qu'à une opération simple et sans aléa, comme l'appendicectomie à froid, vous préfériez l'intervention à chaud, avec ses difficultés, ses risques et ses suites souvent fâcheuses.

La critique de ces arguments est aisée.

D'abord, nous aussi nous opterions pour l'opération à froid, si nous étions sûr à l'avance de pouvoir obtenir le refroidissement. Or, cette certitude, nous ne l'avons pas, et nul ne peut l'avoir, quelle que soit sa sagacité clinique. Quand on a vu des cas débuter avec une apparence bénigne se terminer, peu de temps après, par des accidents mortels que rien ne faisait prévoir, et d'autre part des attaques jugées très graves à leur début céder rapidement à la simple expectation, on est bien obligé de reconnaître qu'aucun critérium ne permet de porter cliniquement de pronostic ferme au début d'une appendicite.

« Dans le doute, s'abstenir », dit le proverbe. Ici c'est le contraire : dans l'incertitude, intervenons, et sans délai, parce que c'est la seule façon de parer à une complication subite. C'est en effet le principal mérite de l'appendicectomie précoce que d'écraser « dans l'œuf » les complications, la péritonite diffuse notamment, que d'être le meilleur prophylactique des accidents de tout ordre dans l'appendicite, accidents septico-toxiques. Nous n'en voulons pour preuve que les résultats acquis par Küttner,[1] de Breslau, qui, grâce à une active campagne en faveur de

1. Kuttner, Cité par Hartmann au Congrès français de Chirurgie de 1913.

l'appendicectomie immédiate, a réussi à abaisser la proportion des péritonites diffuses appendiculaires de 35 à 8 0/0.

Les opportunistes prétendent que, dans les 48 premières heures, l'opération est difficile, dangereuse, et que ses suites immédiates ou éloignées ne sont pas toujours satisfaisantes.

Nous nous élevons contre cette assertion. En effet, dans les cas opérés dans ces conditions de précocité, l'expérience a montré que l'appendice est libre et que son extirpation est généralement des plus aisées. La lésion causale enlevée, le péritoine ne peut que mieux se défendre contre l'infection.

Quant aux suites de l'opération précoce, elles sont le plus souvent simples. Il est de notion courante aujourd'hui, le fait sera classique demain, que dans la majorité des cas d'appendicectomie précoce, on peut même refermer la plaie et reconstituer la paroi. Parfois, il est vrai, à la suite d'une suppuration pariétale, par insuffisance de protection au cours de l'intervention, ou après un drainage indispensable la cicatrisation de la plaie ne peut être obtenue par première intention : c'est la porte ouverte aux éventrations.

Dans quelle mesure doit-on prendre en considération ces inconvénients, aussi réels qu'ils soient, si l'on songe que, d'un autre côté, l'intervention précoce augmente les chances de guérison du malade ? Et d'ailleurs, les éventrations ne sont pas l'apanage exclusif de l'appendicectomie à chaud. En opérant à froid, le chirurgien peut aussi être obligé de drainer. Les cas ne sont pas rares où même après refroidissement, on trouve encore des adhérences ou même du pus.

D'ailleurs, selon la conviction qui naît à la lecture des documents, ces incidents post-opératoires sont secondaires ; ce sont des inconvénients qui n'engagent pas la vie de l'opéré. Or, c'est là la seule question en jeu, à débattre. Du traitement médical d'attente ou chirurgical immédiat, du plateau où l'on jette la glace ou le bistouri, quel est le plus lourd, le plus grevé de mortalité.

C'est le traitement chirurgical disent les uns, c'est le traitement médical disent les autres.

Ce n'est que d'après les résultats qu'on peut vraiment juger une méthode. L'appendicectomie à froid ne donne que 1 0/0 de décès, alors que l'appendicectomie précoce en donne bien davantage. Cette comparaison des opportunis-

tes, on voudra bien nous l'accorder, manque de logique. En effet, pour avoir le chiffre exact de la mortalité de l'appendicectomie à froid, il faut faire entrer en ligne de compte tous les cas qui ont dû être opérés d'urgence, tardivement, pendant les tentatives de refroidissement et tous les cas « refroidis » définitivement pendant la période du traitement médical. Or, Dieulafoy, dans la thèse de Chaumel [1], estimait cette mortalité à 30 0/0 ; on l'estime aujourd'hui d'une façon courante à 15 à 20 0/0. Par contre, nous avons vu dans le chapitre précédent que la mortalité de l'appendicectomie précoce est nulle ou presque nulle dans les 30 premières heures et que dans les 48 premières heures elle ne dépasse pas 5 0/0 dans certaines statistiques.

Ces chiffres, mieux que tous les arguments théoriques, prouvent la légitimité de l'opération immédiate dans l'appendicite aigüe au début. Et ainsi se trouve démontré en partie l'aphorisme de Poirier.

A l'heure présente, une seule objection subsiste : elle est relative aux erreurs de diagnostic auxquelles la crise aigüe peut donner lieu. Cette objection n'est pas sans valeur, mais pas davantage sans réplique. D'abord, de telles erreurs ne sont pas très fréquentes ; de Quervain [2], sur 1723 cas d'appendicite opérés dans les 24 heures n'enregistre qu'une proportion de 5 0/0 de diagnostics erronés. Enfin, même lorsque le diagnostic est hésitant, l'expérience a montré qu'il est rare que l'intervention soit inutile. C'est ainsi que Cazin [3] en 1912, rapporte qu'il a opéré dans la même année, sous le diagnostic primitif d'appendicite, 2 cas de grossesse tubaire en voie de rupture, un petit kyste ovarien avec sphacèle du pédicule et un myxome ganglionaire para-appendiculaire. Et, comme ces malades ont guéri, on peut dire que l'erreur de diagnostic leur fut salutaire. On peut aussi confondre avec les perforations de l'estomac, du duodénum, du grêle, mais dans ces cas que pourrait bien faire la glace.

---

1. Chaumel, Thèse, Paris, 1899.

2. De Quervain, Soc. Méd. Neufchâteloise, 15 Mai 1913.

3. Cazin, Congrès français de Chirurgie, 1912.

2° *Appendicite au stade tardif*

Le même problème se pose ici encore :

En pareil cas, les opportunistes, renforcés par bien des partisans de l'opération précoce, ne veulent opérer qu'après refroidissement, à moins qu'une complication ne les oblige à prendre le bistouri plus tôt qu'ils ne le voudraient.

Faut-il penser avec les interventionnistes systématiques qu'il vaut mieux opérer sans délai ? C'est à discuter.

Nous connaissons les raisons invoquées par les temporisateurs pour justifier leur conduite ; ils disent que les conditions anatomo-pathologiques ne permettent pas d'opérer une appendicite à ce stade sans risques graves pour le malade : l'appendice est adhérent, de ce fait sa décortication est pénible et sa résection souvent impossible ; la rupture des adhérences protectrices peut causer l'inoculation de la séreuse ; le drainage est presque toujours nécessaire, et, si le malade guérit, il est menacé d'éventration.

Cependant, raisonnons un peu. S'il faut établir une classification, une appendicite aiguë datant de plus de deux jours ne peut être rangée que dans une des quatre catégories suivantes :

1° Appendicites bénignes ;

2° Appendicites graves, mais sans suppuration ni péritonite diffuse ;

3° Abcès appendiculaires ;

4° Péritonites généralisées.

Examinons quels sont les avantages et les inconvénients de l'opération immédiate dans ces différents cas.

Considérons d'abord les deux premières éventualités, les seules d'ailleurs qui prêtent matière à discussion. Ici, on doit, selon nous, faire la part d'un facteur qui a son importance : c'est la virulence de l'infection. L'infection est-elle légère, telle appendicite bénigne arrivée au 8e jour, par exemple, présentera des lésions guère plus avancées que celles d'une appendicite grave au 1er ou au 2e jour : l'ablation tardive de l'appendice, dans ces cas bénins, sera sans aucune difficulté. On peut répondre que ces appendicites légères ne réclament pas une opération immédiate,

car elles peuvent être refroidies ; mais, cela, qui donc oserait l'affirmer ?

Supposons maintenant une appendicite grave, témoignant d'une infection sévère et arrivée à une époque assez avancée de son évolution. Nous admettons qu'il puisse y avoir, en pareil cas, des difficultés et des risques dans l'intervention. Mais aussi, à temporiser, ne risque-t-on pas de voir une aggravation subite survenir et rendre plus aléatoire encore le résultat d'une opération d'urgence ?

« Cette dernière question se pose et, sans doute, pour ne pas être toujours résolue par des faits indiscutables, mais elle n'en subsiste pas moins », dit M. Revel.

A l'appui de notre opinion, nous pouvons citer les magnifiques résultats obtenus par cet auteur, et qui valent au moins autant que les meilleurs acquis par les temporisateurs. M. Revel a opéré 18 appendicites systématiquement, bien qu'elles se trouvassent entre le 3e jour et le 15e jour de leur évolution, et il n'a eu que 2 morts qui ne peuvent témoigner, dit-il, « que de l'impuissance de l'acte chirurgical à réparer des désastres qui restent au-dessus des ressources de notre art. »

Envisageons maintenant le 3e cas : nous avons diagnostiqué une péri-para-appendicite suppurée notable. Ici, point de discussion : depuis longtemps déjà, tout le monde est d'accord pour conseiller l'intervention immédiate, car il faut éviter de laisser se rompre dans le péritoine la collection et aussi de laisser le malade s'intoxiquer et courir les risques de suppurations à distance. La nécessité d'enlever l'appendice autant que cela puisse se faire est aussi très importante, pour être sûr de ne pas assister plus tard à des récidives.

On a accusé l'opération à chaud des abcès appendiculaires de n'être trop souvent qu'une opération incomplète, à cause de la difficulté que l'on a à extirper l'appendice perdu au milieu des adhérences ; on a aussi prétendu que la recherche de l'organe malade pouvait être fatale aux opérés.

Or, Madrange [1], dans son travail inaugural, a montré que, dans 93 0/0 des cas, l'appendicite pouvait être très facilement trouvé et enlevé. Poirier [2] ne put retrouver

1. Madrange, Thèse inspirée par Villard, Lyon, 1904.

2. Poirier, cité par Madrange.

l'appendice que 2 fois sur 64. De plus, l'opération peut être considérée comme inoffensive, pour Villard, de Lyon, qui a obtenu une proportion de 96 0/0 de guérisons : c'est là affaire de série.

Pour terminer, il ne nous reste plus qu'à nous supposer en face d'une péritonite diffuse déclarée. Sur ce cas, nous serons bref, car, depuis longtemps, l'intervention chirurgicale est considérée comme seule capable de sauver ces malades. Mais le point qu'il nous faut mettre en lumière, c'est que plus on opérera vite, et plus on aura de chances de succès. La preuve de ce que nous avançons se trouve dans les statistiques publiées dans ces dernières années. Nous nous contenterons de citer celle de Hartmann et Lecène au Congrès Français de 1910 :

15	malades opérés	dans les 36 1res heures....	0 mort
10	»	après 48 heures.....	1 »
9	»	après 3 jours.....	4 »
4	»	après 3 jours 1/2.....	2 »
8	»	après 4 jours.....	4 »

Les temporisateurs les plus habituels jettent ces cas résolument entre les mains des chirurgiens alors qu'il est déjà trop tard. A quelle théorie de theurapeutique doit-on s'en prendre ?

Nous venons d'envisager successivement tous les cas qui peuvent se présenter dans la pratique courante. Nous avons montré que, toujours, l'opération immédiate était la ligne de conduite qui donne le plus de sécurité et que les résultats qu'elle procure peuvent soutenir largement la comparaison avec ceux de la temporisation.

Nous fournirons d'ailleurs plus loin des observations à l'appui de nos conclusions. Mais, auparavant, nous étudierons la technique opératoire employée dans le traitement de l'appendicite aiguë.

CHAPITRE III

La technique opératoire

Le manuel opératoire varie avec la forme de l'appendicite. Avant d'étudier la technique qui convient le mieux à chaque cas, nous allons passer en revue les principales voies d'accès qui ont été proposées.

Les incisions pratiquées généralement appartiennent à trois types :

A). — Incisions obliques.

La première en date est celle de Roux, de Lausanne : à un travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure, on incise la peau suivant une ligne oblique ou légèrement curviligne, parallèle au ligament de Poupart. On sectionne ensuite successivement le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose et les fibres internes du grand oblique, puis les muscles petit oblique et transverse, enfin le fascia transversalis et le péritoine.

L'incision préconisée, en 1894, par Mac-Burney [1], est reportée un peu plus en dedans que celle de Roux. Elle est longue de 10 c/m, et son milieu se trouve sur la ligne ilio-ombilicale à 3 c/m en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Une fois la peau incisée, on dissocie, sans les sectionner, les fibres du grand oblique suivant la direction de l'incision cutanée, et celles du petit oblique et du transverse selon la direction perpendiculaire. Aucune fibre musculaire n'étant sectionnée, cette incision a, sur celle de Roux, l'avantage de ne pas compromettre la solidité de la paroi.

B). — Incisions verticales.

Max Schuller, en 1888, pour éviter de sectionner les muscles larges, a proposé de porter l'incision verticalement le long et en dehors du bord externe du grand droit

1. Mac-Burney, The incision made in the abdominal wall in cases off appendicitis, with a description of a new méthod of opérating. In annals of Sungery, 1894, Philadelphia, XX, p. 38.

de l'abdomen. Pendant toute la durée de l opération, un écarteur récline en dedans le grand droit enfermé dans sa gaîne ; après la fermeture du péritoine, on laisse le muscle reprendre sa place normale, et la brèche aponévrotique est saturée au catgut.

Cette incision a le tort d'affaiblir la résistance de la sangle abdominale, et elle ne respecte pas l'innervation du grand droit.

Jalaguier [1] a apporté à la technique de Schuller les modifications suivantes : On incise la peau au milieu de la ligne ilio-ombilicale. L'incision, longue de 10 c/m, est parallèle au bord externe du grand droit, a son 1/3 supérieur au-dessus de la ligne ilio-ombilicale, ses 2/3 inférieurs au-dessous. La peau sectionnée, on atteint l'aponévrose du grand oblique qu'on fend dans toute la longueur de la plaie. On découvre alors la gaîne du grand droit : on l'ouvre sur toute la longueur de la plaie, à 1 c/m 5 en dedans du bord externe du muscle ; la lèvre aponévrotique externe de cette incision est disséquée jusqu'au bord externe du muscle. Le droit est dégagé, refoulé en dedans et maintenu ainsi par des écarteurs. On se trouve alors devant le feuillet postérieur de la gaîne du droit, qu'on incise à 1 c/m 5 de son bord externe. Il ne reste plus ensuite qu'à ouvrir le péritoine.

L'incision de Jalaguier permet une bonne reconstitution de la paroi. Entre autre griefs, on lui a reproché de ne convenir qu'aux appendices latéraux-cœcaux recourbés en haut et en dedans et de mal draîner la fosse iliaque. Elle expose, en outre, à des hernies étranglées sérieuses.

C). — Incisions transversales.

Chaput [2], en 1911, estimant que l'incision de Jalaguier permet mal le drainage de la fosse iliaque, et que celle de Mac Burney, tout en donnant très peu de jour, draine insuffisament les régions endo-coecales, a proposé en 1905 la technique suivante :

Incision horizonlale partant de l'épine iliaque antéro-supérieure. Section de l'aponévrose du grand oblique. Dis-

1. Jalaguier, Traitement de l'appendicite. Presse Médicale, 1897, p. 53.

2. Chaput « Quelques points de la technique de l'appendicectomie », Presse Médicale, 3 Juin 1905.

sociation des fibres du petit oblique, qui sont horizontales, et de celles du transverse. Chez les hommes, Chaput fait empiéter son incision de 1 à 2 centimètres sur le muscle grand droit.

Enfin, au Congrès français de 1911, Delagenière a recommandé une incision transversale suivant une ligne passant à un travers de doigt au-dessus de l'épine iliaque antéro-supérieure, commençant à 1 centimètre en dehors du bord extrême du grand droit et se terminant à 2 centimètres en arrière de l'épine iliaque. Tous les muscles sont dissociés comme dans le Mac Burney.

1° *Intervention à chaud dans l'appendicite aigüe : Il n'y a pas d'abcès ni de péritonite généralisée.*

Les incisions transversales sont aujourd'hui bien délaissées ; on aura à choisir entre celles de Roux-Mac Burney, ou celle de Jalaguier.

1° Dans les 48 heures, la technique est exactement calquée sur l'appendicectomie à froid. Nous n'insisterons donc pas. En règle générale, on pourra refermer la paroi sans drainage.

2° Après les deux premiers jours, on pourra se trouver en face des deux éventualités suivantes :

Ou bien l'appendice est libre, et sa résection se fera en tous points comme plus haut.

Ou bien l'appendice est adhérent, et ne peut être amené facilement au dehors : on l'enlèvera alors par voie rétrograde. L'appendice sera sectionné à sa base entre deux ligatures très soignées, ou après écrasement ; le moignon appendiculaire sera enfoui de suite par un surjet coecal préparé à l'avance. On libérera l'appendice en allant de sa base vers sa pointe, en sectionnant son méso qu'on maintiendra tendu par traction sur l'appendice.

Dans certains cas, lorsque l'on n'a rencontré qu'un peu de liquide séreux au voisinage de l'appendice, on peut refermer sans drainer après avoir touché le champ opératoire profond à l'éther. Mais, lorsqu'au contact d'un appendice gangrené la séreuse est mortifiée, lorsque la surface de la plaie opératoire est cruentée ou saignante, lorsqu'enfin on a trouvé des fausses membranes abondantes, il vaut

mieux, comme le conseille Lecène [1], suturer sans serrage marqué et drainer le péritoine et les muscles par un petit drain péritonéal. Des fils d'attente sont placés sur la peau et on tamponne le tissu cellule-graisseux avec de la gaze imbibée d'eau oxigénée. Quarante-huit heures après, si l'état général est bon, et si la mèche de gaze est inodore, on enlève le drain et on complète la suture des téguments.

Nous signalerons en passant qu'Ombredanne, en 1920, a émis l'avis de fermer hermétiquement toutes les formes d'appendicite, lorsque l'appendice a été réséqué.

2° *Intervention à chaud dans les appendicites suppurées.*

Le choix de l'incision est ici commandé par l'emplacement de la zone fluctuante, lorsqu'on la perçoit ; autrement, la zone ou l'œdème et la rénitence sont à leur maximum servira de guide.

La conduite à tenir sera ensuite variable, selon la forme d'abcès à laquelle on aura affaire : abcès iliaques ou grands abcès abdomino-pelviens.

A). — Abcès iliaques.

1° Lorsque l'incision mène directement sur une collection placée tout contre la paroi, la technique est simple, c'est celle de l'ouverture d'un abcès banal. Après évacuation du pus, on assèche la cavité, soit avec de la gaze, soit avec un aspirateur ; le seul point délicat est la recherche de l'appendice et son extirpation ; souvent cet organe se présentera de lui-même au chirurgien ; mais parfois on ne l'aperçoit pas, on le recherchera alors, en explorant prudemment les parois de l'abcès ; on sera généralement assez heureux pour le reconnaître à sa consistance ferme, et dans certains cas à sa forme en cordon.

Nous avons vu l'importance capitale de l'extirpation de l'appendice au point de vue des rechutes possibles et des suites de l'opération. Aussi, ce temps de l'opération doit-il être pratiqué systématiquement, quitte au chirurgien à savoir s'arrêter s'il est entraîné à des manœuvres trop longues, ou à des délabrements trop graves. C'est là affaire indicible de flair, de doigté, d'habileté, d'expérience surtout.

---

1. Lecène, Société de Chirurgie, Paris, 1920.

2° Lorsque, les plans pariétaux incisés, on tombe dans le grand péritoine non cloisonné, et qu'on a reconnu dans la fosse iliaque le gateau intestinal agglutiné au centre duquel se trouve l'abcès, plusieurs méthodes ont été conseillées.

Certains, avec Quenu, en 1905, proposent de bourrer la plaie avec de la gaze et de la laisser ouverte jusqu'à ce que se produise l'issue spontanée du pus. C'est ainsi faire une voie, une cheminée d'appel. D'autres auteurs, en pareil cas, abandonnent leur première incision et choisissent une autre voie d'accès : incision juxta-iliaque pour les abcès lombaires ; incision vaginale, rectale ou parasacrée pour les abcès polviens.

Actuellement, la plupart des opérateurs tendent à aborder l'abcès directement par la voie transpéritonéale, C'est ce que Témoin fait depuis longtemps, ce que Savariaud a préconisé, en 1914, à la Société de Chirurgie de Paris. Après incision, on pratique un sérieux tamponnement pour protéger le péritoine, et on va de suite à la recherche du pus. L'abcès est évacué, l'appendice recherché et reséqué si possible.

La question du drainage a été très controversée. Au début, on laissait les drains sortir de la plaie béante ; mais Von Brunn [1], en 1910, montra que des éventrations post-opératoires survenaient dans 69 0/0 des cas ainsi traités. Peu à peu, on en est venu à suturer partiellement les plaies, en ne laissant qu'un drain avec des fils d'attente : c'est ce que font Savariaud, Potherat et Hallopeau [2]. Cependant, Ombredanne, en juin 1920, se montre partisan de la fermeture totale, à condition que l'appendice ait été enlevé.

B). — Grands abcès abdomino-polviens.

Ici, deux éventualités peuvent se produire :

1° La collection semble en contact avec la paroi abdominale : on l'ouvrira par une incision iliaque droite ; l'incision suivra le bord externe du grand droit si l'abcès est gros et saillant en dedans. On procédera comme plus haut ; recherche de l'appendicite et extirpation si possible,

1. Von Brun. La fréquence des éventrations après l'appendicectomie. Zentrablatt für Chirurgie, 1910.

2. Savariau, Potherat, Hallopeau. Société de Chirurgie, Paris, 1920.

exploration de la cavité pour être sûr qu'une poche communicante n'a pas été ignorée. Parfois, une contre-incision iliaque gauche ou vaginale, ou rectale, pourra être nécessaire pour assurer un bon drainage ;

2° Lorsqu'on a diagnostiqué un abcès pelvien, le cas devient complexe. En effet, ces abcès pelviens sont de deux sortes : *a*) les abcès primitivement iliaques et devenus secondairement pelviens ; *b*) les abcès pelviens d'emblée. Les premiers sont abordés par voie haute, les seconds par voie basse.

Voie haute. — L'incision est faite au-dessus de l'arcade crurale. L'abcès ouvert, on explore sa cavité : lorsqu'on a repéré un diverticule pelvien, on y glisse un drain. Si le prolongement pelvien est de petite dimension, ceci peut suffire. Autrement le drainage est insuffisant et on a des accidents de rétention : il faut alors assurer l'évacuation de ces clapiers par voie basse.

Voie basse. — C'est la voie de choix lorsqu'on a à ouvrir un abcès collecté en arrière de la vessie et en avant du rectum.

Les diverses voies d'accès basses employées sont :

1° La voie parasacrée, préconisée en 1892 par Jaboulay [1], qui utilisait une incision intéressant les fibres du grand fessier et les attaches du ligament sacro-sciatique.

Plus tard, certains auteurs allèrent jusqu'à reséquer une ou deux vertèbres sacrées : c'est une pratique qui, à notre sens, doit être évitée ;

2° La voie vaginale ; l'incision est faite dans le cul-de-sac postérieur, immédiatement au contact du col. Ce procédé est excellent, mais inutilisable chez les enfants et les filles vierges.

3° La voie périnéale fut vivement défendue par Picque, en 1907, à la Société de Chirurgie. Elle a rallié beaucoup de partisans, mais elle nécessite de longues manœuvres et elle expose à des hémorragies par lésions des rameaux hémorroïdaux.

4° La voie rectale est de beaucoup la plus employée. La technique de l'incision rectale est la suivante : après lavage du rectum au permanganate, le malade est anes-

1. Jaboulay, Thèse de Margery, Lyon, 1892.

thésié et placé dans la position de la taille. Le chirurgien introduit son index gauche dans le rectum et à travers la paroi antérieure sent une masse saillante, pâteuse, dépressible. En cas de doute on s'assure par une ponction à la seringue ou au trocart de la présence du pus. L'incision des tuniques du rectum est faite transversalement, aux ciseaux courbes. Ceci fait, l'index gauche effondre la paroi de l'abcès et le drainage est assuré par des tubes en caoutchouc de moyen calibre fixés en dehors de l'anus.

3° *Intervention dans la péritonite généralisée appendiculaire*

La péritonite appendiculaire est certainement, parmi toutes les affections, une de celles qui ont bénéficié le plus largement des progrès de la chirurgie pendant ces dernières années. Après des errements qui occasionnèrent bien des désastres, nous possédons aujourd'hui une technique rationnelle.

D'abord, l'opération doit être rapidement conduite : « Il faut entrer vite dans le ventre et en sortir plus vite encore », disait Murphy.

L'anesthésie sera faite à l'éther, très prudemment ; Lennander, en 1905, a conseillé de donner l'éther goutte à goutte. Si le malade est dans un état très précaire, on pourra profiter de ce qu'il jouit déjà d'un certain degré d'insensibilité pour se contenter d'une anesthésie locale à la stovaïne ou à la novocaïne.

L'incision sera celle de Roux, Mac Burney ou celle de Jalaguier.

L'appendice, dans ce cas, est généralement retrouvé sans difficulté. On devra le réséquer après avoir simplement posé à sa base une ligature très soignée au catgut.

L'utilité de la toilette du péritoine a été contestée par les auteurs américains surtout, et en France, par Témoin, en 1912. Les adversaires du lavage lui reprochaient d'être shockant, de diminuer la résistance du péritoine en lésant son endothélium, et de provoquer la formation d'adhérences.

En réalité, le lavage semble pour le moins inoffensif, s'il est abondant et rapide, si l'on évite les éviscérations, et si l'on proscrit les antiseptiques qui furent tant en faveur

en 1890. Quant à la tendance néoformatrice du péritoine, elle a été niée par Noetzel.

D'autres auteurs, pour désinfecter le péritoine, ont eu recours à un courant continu d'oxygène, à des injections d'huile camphrée. Morestin a préconisé l'usage de l'éther.

La question du drainage n'a pas été moins discutée. Au début, on inventa pour évacuer le pus, les incisions les plus compliquées, et aussi les plus inutiles. Ce n'est qu'à partir de 1900, à la suite des travaux de Fowler, de Bode [1], de Murphy, que l'on apprit à drainer de façon rationnelle : un drain était placé dans le Douglas, et autour de lui la paroi était suturée. Ce dispositif était complété par la position semi-assise de l'opéré.

Plus tard, on contesta l'efficacité du drainage, parce que la production d'adhérences dans l'abdomen cloisonnait le pus et empêchait sa sortie. Bien plus, on alla même jusqu'à nier son utilité. Des premiers, Blacke[2] osa refermer des péritonites diffuses, sans drainage aucun, suivi dans cette voie par Hotchkiss [3], Ross [4], et récemment par Ombredanne [5].

Aujourd'hui, la plupart des chirurgiens semblent s'être ralliés à la méthode de Rehn, associée à la pratique de Fowler-Murphy ; incision iliaque, recherche et resection de l'appendice ; un ou deux drains sont placés dans la fosse iliaque et dans le bassin, et la paroi est suturée tout autour ; le malade est placé en position de Fowler, et on lui fait absorber goutte à goutte, par le rectum, de un à plusieurs litres de sérum physiologique ou glucosé par jour.

Ombredanne, cette année même, a conseillé de pratiquer après l'intervention, des injections de vaccin de Delbet, qui aurait « la plus heureuse influence sur l'évolu-

---

1. Bode. In Zentrablatt für Chirurgie, 1900.

2. Blacke. Diffuse péritonites. Annals of Surgery, 1900.

3. Hotchkiss. The treatment of difluse suppurative peritonitis following appendicitis. Annals of Surgery, 1900.

4. Ombredanne. Société de Chirurgie de Paris, 1921.

5. Ross. G. purulent peritonites. Annals of Surgery, 1906.

tion des abcès qu'on observe souvent à la suite des péritonites appendiculaires et des appendicites opérées à chaud ».

La pratique toute récente de Delbet, qui consiste à enlever l'appendice gangrené, chez des malades voisins de la mort, et à leur injecter des sérums anti-gangréneux, semble ouvrir une voie nouvelle aux interventions, autrefois vaines, parce que trop tardives. Un pas de plus, et alors la sérothérapie, comme le murmurent quelques-uns, remplacera-t-elle la glace et le bistouri ? C'est le secret de demain.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

Nous allons exposer maintenant un certain nombre d'observations d'appendicites aiguës ou subaiguës, de toutes formes, opérées aux stades les plus divers.

Nous les devons à nos Maîtres dans les Hôpitaux, en partie (Observations I, II, III, IV, V), à M. le Professeur Vincent et à M. le Docteur Maury, que nous sommes heureux de remercier ici pour l'aide bienveillante qu'ils ont bien voulu nous prêter.

Obs. I

Appendicite aiguë. — Grossesse

Madame P... Grossesse de 6 mois. Crise appendiculaire nette. Entre dans le service de M. le professeur Vincent 36 heures après le début de sa crise. Bien que les douleurs aient semblé se calmer, M. Vincent décide d'intervenir immédiatement.

Opération : On trouve un appendice gros, congestionné. Liquide bouillon sale très abondant. On place un drain dans le Douglas, un autre superficiellement. Les drains sont enlevés deux jours après.

Suites opératoires très simples.

La grossesse a continué dans de bonnes conditions.

Obs. II

Appendicite aiguë. — Abcès pyostercoral

Madame M... Crise primitive ayant débuté le 10 octobre. Traitée chez elle par les moyens médicaux habituels Le 2e et le 3e jour amélioration rapide. Mais le 4e jour, reprise de la douleur. Le 15 octobre, la malade est vue par M. le docteur Maury : à ce moment, T. 38°4, P. 112, la douleur tend à se généraliser à tout l'abdomen et il y a de la difficulté à la miction. L'examen montre : réaction de défense et perception d'une masse dure et douloureuse au-dessus de l'arcade crurale.

Opération immédiate. Incision de la ligature de l'iliaque externe ; on tombe sur un appendice descendant, gros, adhérent

à un épiploon épaissi. Perforation lenticulaire près de l'extrémité adhérente de l'appendice. Fermeture sans drainage.

Six jours après, abcès pyo-stercoral qui est incisé ; il s'établit une petite fistule stercorale qui se ferme d'elle-même quinze jours plus tard.

Obs. III

Appendicite aiguë

Docteur E... G..., 29 ans. Pris dans la nuit du 2 au 3 août de coliques généralisées, avec envie fréquente d'aller à la selle, mais selles normales. Le 3, état stationnaire. Le 4, les douleurs se localisent dans la fosse iliaque droite. Le point de Mac-Burney est particulièrement sensible.

Le malade est visité le 4 août par M. le docteur Maury, qui le fait entrer à l'hôpital dans le service de M. Vincent, où l'on pratique l'opération immédiatement.

Opération : Appendicectomie. L'appendice est gros, turgescent ; vers sa partie moyenne se trouve un étranglement au delà duquel l'appendice présente un renflement.

Fermeture sans drainage. Suites opératoires parfaites. Le malade sort guéri quinze jours après l'intervention.

Obs. IV

Appendicite aiguë

M. Louis V..., 20 ans. Le 7 avril, vers 14 heures, début brusque par de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs bientôt généralisées à tout l'abdomen. Sueurs, nausées.

L'examen, pratiqué par M. le docteur Montero, montre : Météorisme marquée de l'abdomen, hypéresthésie cutanée et défense de la paroi. Bien que la résistance de la paroi rende la palpation difficile, le point de Mac-Burney est plus particulièrement douloureux. T. 37°6. P. 100.

Le malade est hospitalisé dans le service de M. le professeur Vincent.

Le 8, légère amélioration. M. Vincent décide quand même d'opérer.

Opération : On la pratique moins de 20 heures après le début de la crise. L'appendicectomie ne présente aucune difficulté. Appendice tuméfié, rouge, contenant un calcul stercoral et un peu de pus. Fermeture sans drainage ; suites normales.

Sort guéri le 24 avril.

Obs. V

Appendicite aiguë

M. H... Pas de crise antérieure. Le 6 mai, à minuit, début de la crise actuelle. Le malade est vu le 7 mai, à 14 heures, par M. le docteur Maury : A ce moment, douleur dans la fosse iliaque droite, avec contracture limitée à la région appendiculaire. Vomissements. P. 120. T. 38°.

Se rend à l'hôpital (service de M. le professeur Vincent) et va à pied jusqu'à la table d'opération. Opéré à 16 heures : Incision de Jalaguier, on enlève l'appendice, qui est gros comme le pouce, long de 5 c/m et rempli de pus. Congestion du péritoine, pas d'adhérences, un peu de liquide louche. Fermeture sans drainage. Suites normales.

Mais tous les autres faits qui se trouvent consignés ici et qui constituent la grosse majorité des cas par nous rassemblés, nous les avons extraits des registres d'opérations de M. le docteur Cabanes, que notre maître a bien voulu nous confier : c'est donc la statistique tout entière des appendicites à chaud de M. Cabanes que nous publions aujourd'hui.

Nous avons divisé nos observations en quatre catégories :

1° Appendicites aiguës ;
2° Abcès appendiculaires ;
3° Appendicites subaigües, à tiède ;
4° Péritonites appendiculaires généralisées.

a) Appendicites aiguës

Obs. VI

Gangrène de l'appendice. — Abcès appendiculaire

Madame X... est évacuée du service de M. le docteur Moreau, le 27 mai 1902, sur la Clinique Chirurgicale (prof. Vincent).

Malade dans un état grave (3e jour).

M. le professeur Vincent nous charge de l'intervention.

Incision de Roux. L'appendice est situé en arrière et à gauche du cœcum, profondément dans la fosse iliaque. En le libérant des adhérences, nous ouvrons un abcès qui donne issue à 200 grammes de pus fétide. L'appendice est enlevé par tronçons ; il est sphacélé, gros comme l'auriculaire.

On place deux drains.

Guérison.

Obs. VII

Appendicite aiguë

M. C... entre à l'hôpital en août 1905 (Clinique Chirurgicale), vers la 30e heure d'une crise appendiculaire.

Appendicectomie. Abcès notable à la base de l'appendice. Calcul intra-appendiculaire.

Drainage.

Guérison.

Obs. VIII

Appendicite aiguë

M. J... entre, le 27 septembre 1905, à la clinique chirurgicale, pour une appendicite au 12e jour, qui ne refroidit pas.

Opération immédiate. Gros appendice avec adhérences récentes. Appendicectomie.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. IX

Appendicite aiguë

Année 1913. M. X..., adulte, entre d'urgence à l'hôpital pour appendicite.

Nous l'opérons à la 24e heure. Appendicectomie banale.

Réaction péritonéale légère. Nettoyage à l'éther. Pas de drainage. Jalaguier per primam.

Guérison.

Obs. X

Appendicite aiguë

M. X..., adulte, entre d'urgence à l'hôpital, le 5 août 1914, pour appendicite (2e jour).

Appendicectomie. Petite collection limitée, évaluable à une cueillérée à soupe, de bouillon sale. Lavage à l'éther.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XI

Appendicite aiguë

6 août 1914. Mademoiselle X... entre d'urgence salle Bichat, pour appendicite aiguë (3e jour).

Appendicectomie banale. Nettoyage local à l'éther.

Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XII

Appendicite aiguë gangréneuse. — Perforation

Lieutenant L. Ch...., du 366e de ligne.

Pas d'antécédents appendiculaires.

Malade depuis le 14 décembre, à 8 heures du soir. Douleurs vives au point de Mac-Burney, coliques. Le 15 décembre au soir, selle et gaz. Le malade, vu à ce moment au front, est immobilisé : compresses froides sur le ventre, opium.

Entre à l'ambulance 1/17 le 16 décembre, à 19 heures. T. 37°9, P. 100. Ventre tympanisé. Douleur exquise au Mac-Burney, défense très nette du droit à droite. On diagnostique une appendicite aiguë et gangrène probable de l'appendice à cause de la persistance de la douleur.

Opération à 21 heures 20. Chloroforme, incision de Roux. L'appendice est abordé par incision très latéralisée du péritoine. Adhérences. Le cœcum est ankylosé dans le fond de la fosse iliaque droite, d'où l'accès difficile de la base d'implantation de l'appendice. Ligature par échelons du méso. Section au thermocautère. Nettoyage local à l'éther. On établit un large drainage de compresses sèches autour d'une compresse imbibée d'éther et apposée sur le cœcum et le moignon appendiculaire. Pas de suture, car quelques gouttes de liquide infect sont issues, durant l'opération, sur les compresses de garniture, par une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle située au tiers inférieur de l'appendice, perforation s'étant effectuée durant intervention.

Lésions : appendice de 12 c/m de longueur, gros comme le petit doigt à son extrémité libre. Méso et franges cœcales congestionnés. Calcul de la grosseur d'un haricot dans la partie moyenne de l'appendice ; au delà, vers la pointe, folliculite hémorragique avec plaque de gangrène allongée, grande comme une pièce de 50 centimes ; plus loin encore, perforation.

Guérison le 4 février.

Obs. XIII

Appendicite aiguë

Soldat C..., 30 ans, du 324e d'Infanterie.

Entré à l'ambulance 1/17, au décours d'une crise d'appendicite. Pas d'antécédents appendiculaires.

Opéré le 4 février 1916 : Extériorisation du coecum. On trouve un appendice de la grosseur du petit doigt, long de 10 centimètres, en crochet, présentant une muqueuse très épaissie et hémorragique ; extrémité de l'appendice en érection. Méso variqueux et congestionné. Appendicectomie facile. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XIV

Appendicite avec plastron

Soldat G. L..., entre en mars 1916 à l'ambulance 1/17. Il présente crise sur crises. Plastron appendiculaire très marqué.

Incision de Mac Burney : on tombe sur un feutrage d'adhérence si serré de tous les côtés qu'on ne peut aller plus loin. Tamponnement de la plaie.

Etat satisfaisant 8 jours plus tard.

Obs. XV

Appendicite aiguë

Soldat Le P..., 35e Territorial.

Anciennement atteint de l'appendicite, présente une crise aiguë (3e jour environ), pour laquelle il entre à l'ambulance 12/8.

Opéré le 12 avril 1917 : Incision de Mac Burney, qu'on est obligé d'agrandir en croix. Adhérences fibreuses de tous les côtés. Coecum fixé par son fond au péritoine pariétal. L'appendice gros comme le petit doigt, est sous-coecal, et son extrémité touche le rein : difficile à extirper, on le sectionne à sa base et on l'enlève par voie rétrograde. Enfouissement du moignon. Nettoyage à l'éther. Compression du coecum par compresse et suture partielle. Ablation de la compresse le 17 seulement, pour fixer le coecum profondément et éviter si possible une large éventration.

Guérison.

Obs. XVI

Appendicite aiguë. — Perforation

Le soldat F. A..., 138e de Ligne, entre le 5 février 1917, à l'ambulance 1/17, pour une crise appendiculaire aiguë.

Opéré le 6 février, 25 heures après le début des accidents : Appendicectomie facile. Trois coeco-plicatures. Enfouissement d'une plaque de gangrène coecale, de la dimension d'une pièce de un franc. Pas de suppuration notable autour des organes lésés. Ether (50 grammes) dans l'abdomen. Fermeture sans drainage.

L'appendice présentait à son extrémité une perforation de la grosseur d'une tête d'épingle.

Guérison.

Obs. XVII

Appendicite aiguë

Soldat F. R..., 255e d'Artillerie.

Opéré à l'ambulance 12/8, le 18 août 1917, à la 13e heure d'une crise appendiculaire aiguë.

Incision de Jalaguier. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XVIII

Appendicite aiguë

Novembre 1919. M. B..., atteint d'appendicite aiguë.

Opéré le premier jour.

Guérison per primam.

Obs. XIX

Appendicite aiguë

23 février 1920. Hôpital de Mustapha. Salle Nélaton.

Madame L. A..., opérée le premier jour.

Guérison per primam.

Obs. XX

Appendicite aiguë

Mai 1920. Hôpital de Mustapha. Service d'urgence.

M. X..., appendicite à la 24e heure. Appendicectomie.

Guérison per primam.

Obs. XXI

Appendicite aiguë

Mai 1920. Hôpital de Mustapha. Service d'urgence.

M. X..., infirmier. Appendicectomie à la 12e heure.

Guérison.

Obs. XXII

Appendicite aiguë. — Péritonite séreuse. — Guérison

1er juin 1920. M. le Pr. R..., est atteint d'appendicite aiguë dans la nuit. Il pose le diagnostic et nous appelle, nous deman-

dant l'intervention que nous pratiquons quelques heures plus tard.

Incision de Mac Burney, mais obligation d'inciser quelques fibres du petit oblique et du transverse pour avoir suffisamment de jour. Dès l'ouverture du péritoine, et avant toute possibilité de garnir le champ opératoire de compresses. un flot de pus séreux gicle sur nos doigts, arrosant les muscles. Nettoyage du foyer de péritonite séreuse à l'éther. Ablation d'un appendice enflammé, gros comme l'annulaire et présentant une petite plaque de mortification à sa base. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Réfection récente de la paroi, dont l'aponévrose était solide, mais dont les muscles présentaient un hiatus.

Obs. XXIII

Appendicite aiguë

M. X..., 23 ans, entre à l'hôpital le 2 janvier 1921.

Appelé par le service de garde, nous diagnostiquons une appendicite aiguë à la 30e heure et intervenons immédiatement.

Incision de Roux. Ablation d'un appendice enflammé qui se perfore sous la pince. Adhérences récentes. Suture partielle de la paroi. Drainage par mèches G.

Guérison.

Obs. XXIV

Appendicite aiguë. — Mort au 8e jour

M. Z..., atteint d'appendicite chronique ; en crise depuis 8 jours.

Entre à l'hôpital où nous l'opérons d'urgence le 22 janvier.

Appendice externe, rétro-cœcal, très enflammé, enfoui dans le tissu cellulaire de la fosse iliaque. Dissection très laborieuse. Fermeture sans drainage. Pendant deux jours, le malade va bien, puis accuse une forte fièvre (39°), un pouls ferme et peu accéléré, phénomènes explicables malheureusement par de la bronchite généralisée. Suivi par un de nos collègues, son état paraissait sans gravité, lorsque, vers le 6e jour, le ventre se météorise rapidement : on l'ouvre et l'on constate que la fosse iliaque est pleine de pus.

Mort au 8e jour de péritonite.

b) Abcès appendiculaires

Obs. XXV

Appendicite aiguë. — Abcès iliaque

Madame Fa... présente, en octobre 1907, une crise d'appendicite ; traitée par la glace.

Opérée au 12e jour (clinique de l'avenue Pasteur).

Incision de Roux. Drainage. Guérison.

La malade n'a plus eu de crise.

Obs. XXVI

Appendicite aiguë. — Abcès iliaque

Madame Fr... Crise appendiculaire remontant à 8 jours et soumise au refroidissement.

Nous diagnostiquons à ce moment un abcès iliaque de la grosseur du poing.

Opération immédiate (février 1907), à la clinique de l'avenue Pasteur : incision de Roux, ouverture de l'abcès ; nous ne pouvons trouver l'appendicite.

Guérison.

Depuis cette époque, l'opérée n'a plus eu de crise.

Obs. XXVII

Appendicite aiguë ; abcès antérieur

Madame X..., 69 ans. entre en août 1914 à la salle Bichat pour appendicite avec plastron antérieur dur. Rien dans le Douglas. Fièvre élevée, incessante depuit 8 jours.

Laparatomie médiane. Adhérences très serrées. Nous introduisons sous le droit un tampon vers l'appendice, après avoir décollé avec peine, prudemment, quelques anses agglutinées. Quelques jours après l'abcès que nous cherchions crève spontanément. Drainage. Lavage.

Guérison rapide.

Obs. XXVIII

Appendicite aiguë. — Abcès iliaque. — Mort

Appelé à Médéa pour opérer d'urgence Mlle R..., qui est en crise d'appendicite depuis environ 13 jours, nous intervenons immédiatement. Etat général mauvais.

Vaste abcès rétro-coecal. Drainage antérieur et postérieur lombaire.

Mort 8 jours plus tard.

Nous avions eu affaire ici à une forme toxi-infectieuse.

Obs. XXIX

Abcès appendiculaire pelvien

A l'ambulance 1/17, le soldat X... est opéré le 4 mars 1916, par le Médecin Aide-Major Co..., pour une appendicite subaiguë : appendicectomie banale de l'appendice en position pelvienne. Le lendemain, la fièvre s'élève à 38° ; sur ces entrefaites, le Médecin Aide-Major Co... est muté, l'opéré passe dans le Service de M. Cabanes.

Le 6, le 7 et le 8, la fièvre oscille 37,5° et 39°. On pratique le toucher rectal : empâtement et légère douleur à gauche.

Le 9, incision rectale au bistouri : 150 grammes de pus glaireux sortent d'une poche de la grosseur d'une mandarine.

Pas de drainage ; simple lavement d'eau bouillie quotidien.

Guérison sans incidents.

Obs. XXX

Abcès appendiculaire pelvien

Le Soldat V. J..., 118e d'Infanterie, entre à l'ambulance 1/17, le 9 mai 1916, au 18e jour d'une appendicite.

Nous trouvons un abcès pelvien.

Immédiatement, lavage du rectum et ponction qui est positive.

On incise la paroi rectale au bistouri ; introduction dans l'abcès d'un clamps fermé que l'on retire ouvert. Issue de 300 à 400 grammes de pus fécaloïde. Lavage à l'eau bouillie sans pression. Drain rectal pendant 24 heures.

Guérison sans incidents.

Obs. XXXI

Appendicite subaiguë. — Abcès abdominal

Année 1918. M. X... est depuis un mois à l'hôpital.

Faciès cachectique de tuberculeux.

Le diagnostic porté était celui de collection de la fosse iliaque interne par ostéïte. Après examen, trouvant l'abcès trop interne, trop abdominal, pour admettre une collection d'origine osseuse, nous l'incisons largement ; issue de 500 grammes de pus ; les parois de l'abcès sont formées par des anses intestina-

les agglutinées de tous côtés. Impossibilité de voir l'appendice. Drainage.

Le malade va rapidement mieux, lorsqu'un mois plus tard, il fait une pleurésie purulente droite : résection costale et drainage. Actuellement, juin 1921, le malade va bien et se présente à nous pour faire réparer son éventration et demande l'ablation de son appendice.

c). — Appendicites à tiède

Obs. XXXII

Appendicite chronique. — Crise aiguë au déclin

Le nommé R... est opéré le 24 décembre 1901, à la Clinique Chirurgicale (Service de M. le pr. Bruch), au déclin d'une crise appendiculaire, parce que l'état général reste mauvais un mois après la crise.

Appendice rétro-coecal qu'il faut disséquer au milieu d'adhérences fibreuses. Réunion per primam.

Un mois après, hématémèse très grave.

Finalement, guérison.

Obs. XXXIII

Appendicite subaiguë

Madame C... entre en juillet 1905 à la Clinique Chirurgicale où nous suppléons notre maître, M. Vincent.

Crise appendiculaire datant de 25 jours, soumise à domicile au refroidissement, mais en vain : le point de Mac Burney est encore sensible, légère fièvre vespérale quotidienne.

Intervention : Appendice latéro-coecal à droite, entouré de petits abcès. Drainage à la Mickulicz.

Guérison.

Obs. XXXIV

Appendicite subaiguë

M. P... est opéré en 1909 à la Clinique Chirurgicale (Service du pr. Vincent), pour une crise d'appendicite qui ne refroidit pas.

Appendice rétro-coecal ; appendicectomie.

Deuxième intervention quelques jours plus tard : incision d'un abcès périnéphrétique.

Guérison.

Obs. XXXV

Appendicite subaigue

M. G. T..., peintre, entre en 1908 dans le Service du Pr. Vincent. A présenté plusieurs crises d'appendicite. La crise actuelle refroidit mal.

Appendicectomie ; appendice adhérent rétro-coecal ; placards fausses membranes de suppuration qu'on enlève par dissection.

Fermeture sans drainage après nettoyage minutieux.

Suites pénibles : l'état général reste mauvais pendant un mois, ictère, bronchite à B. K., finalement guérison.

Obs. XXXVI

Appendicite subaigue

M. X..., adulte, entre le 11 juillet 1912, au cours d'une crise douloureuse abdominale qui n'en finit pas depuis un mois.

Nous examinons le malade, qui accuse des douleurs dans le petit bassin. Le toucher rectal montre le cul-de-sac prérectal épais, sensible, donnant la sensation d'une tumeur de la paroi antérieure du rectum. Pas de fièvre nettement signalée.

Intervention : laparatomie sous-ombilicale médiane, on tombe sur un énorme appendice pelvien, long de 16 centimètres qui enserre en anse la paroi antérieure du rectum sur le plancher pelvien. Adhérences gélatineuses. Appendicectomie. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XXXVII

Appendicite subaigue latente

En décembre 1913, M. M..., 17 ans, souffre brusquement du ventre. On nous appelle, nous examinons le malade et portons le diagnostic d'appendicite ; point de Mac Burney léger, défense légère à droite. T. 37°5 à 38° pendant quelques heures. Notre confrère, le docteur Murat, examine à son tour le malade et porte le même diagnostic.

Le malade, après avoir gardé le lit 5 heures, se lève et se déclare guéri le soir même. Nous proposons l'appendicectomie qui est refusée par l'entourage devant la bénignité de ces symptômes.

Nous arrivons à persuader la mère du malade du danger couru par lui. Nous la décidons à l'opération. Le malade entre Salle Sedillot, dans le service de M. Goinard, où nous l'opérons 15 jours après le début de la crise.

Appendicectomie banale : l'appendice est plein de pus. Suture de la paroi, qui suppure d'ailleurs pendant quelque temps.

Guérison.

Obs. XXXVIII

Appendicite aigue. -- Septicémie. -- Opération au 45e jour.-- Mort

M. L..., 42 ans, nous appelle au 10e jour d'une appendicite ambulatoire. Ce jour seulement il s'alite. T. 39°, P. 80.

Gros plastron. Une consultation aboutit le lendemain à l'instoration définitive du traitement médical : glace, etc., la fièvre baisse en 8 jours, puis remonte, oscillant entre 37°5 et 38°4, du 15e au 30e jour. Le plastron diminue insensiblement, lorsque, vers le 35e jour, apparait brusquement une phlébite de la saphène. Infarctus pulmonaire. Immobilisation. Légère pleurésie gauche. Cœur rapide et assourdi (myocardite).

Vers le 40e jour, état de fatigue générale marqué, mais amélioration locale ; le plastron a presque disparu.

Après avis de notre maître, M. le Professeur Vincent, et de notre collègue, M. le docteur Cochez, il est décidé de procéder à l'appendicectomie.

Nous intervenons le 4 décembre 1913 : appendice rétro-coecal très adhérent ; dissection laborieuse. Suites d'abord normales : selles spontanées, lorsque le 2e jour au soir, brusquement le pouls bat à 160, le cœur est affolé, le malade meurt en quelques minutes, sans aucun symptôme de péritonite,

Impossibilité d'autopsier.

Obs. XXXIX

Typhlo-appendicite au décours. — Cachexie appendiculaire

Le soldat A. P..., 4e Zouaves, entre à l'ambulance 1/17 au 5e jour d'une crise appendiculaire. Traité par la glace. Le 33e jour, recrudescence de la fièvre ; on constate la présence d'un gros plastron.

Opération le 2 décembre 1916 : appendice long, postérieur sous-coecal, traversant l'aponévrose iliaque, au contact direct du psoas-iliaque. Traces d'abcès anciens. Abcès récent infect au contact du coecum, qui présente une petite plaque de gangrène inféro-externe : suture et enfouissement. Nettoyage à l'éther, drainage par mèches.

Le 5 décembre : abcès de la fosse iliaque ;
Le 7 » : fistule coecale ;
Le 9 » : ouverture d'un abcès ilio-lombaire ;
Le 10 » : oblitération spontanée de la fistule ;
Le 31 » : la fistule se rouvre de nouveau et donne abondamment.

En avril, le malade va mieux : tentative d'occlusion de la fistule.

Nous quittons l'ambulance sans savoir ce qu'est devenu le malade.

Obs. XL

Appendicite subaigüe avec plastron

Le soldat V..., 26 ans, 366e d'infanterie, entre à l'ambulance 1/17 le 21 février 1916 pour nne crise d'appendicite subaigüe.

A été opéré antérieurement pour abcès appendiculaire, mais on n'avait pas enlevé l'appendice.

Opération : Extirpation par dissection d'un appendice très anciennement malade, collé à la face postérieure du coecum, enfoui dans des adhérences anciennes et récentes puriformes. Le coecum est lui-même fixé par des adhérences au péritoine de la paroi antérieure et à la fosse iliaque interne. Traces de l'inflammation passée dans les brides nombreuses qui se multiplient dans la région. Ablation par dissection d'adhérences épiploïques et coecales au niveau de l'ancienne cicatrice opératoire. Péritonisation soigneuse. Réfection de la paroi.

Guérison.

Obs. XLI

Appendicite avec plastron

Soldat A. C..., 22 ans, 3e d'artillerie coloniale.

Entre le 12 février 1916 à l'ambulance 1/17 : Appendicite à la fin de la crise.

Opération : Appendice inclus dans la paroi postérieure du coecum, d'une dissection pénible, gagnée centimètre par centimètre sur le coecum qui présente des lésions de périty phlite accusée.

Enfouissement du moignon appendiculaire par un triple cœco-plicature. Drainage à la compresse contre l'hémorragie.

Guérison.

Obs. XLII

Appendicite subaiguë

Madame C..., atteinte d'appendicite depuis 50 jours, entre salle Lisfranc en février 1918.

Nous l'opérons le 6. Dégagement des adhérences de l'appendice en position postérieure ; il est putrilagineux et sectionné à mi-longueur ; son exirémité plonge dans un abcès. Nettoyage à l'éther. Trois coeco-plicatures. Drain et mèche.

Guérison.

Obs. XLIII

Appendicite subaïguë. — Abcès sous-phrénique. — Mort

En 1920, M. X..., 13 ans, fait une légère crise d'appendicite en ville, soignée médicalement. Un mois plus tard environ, il est envoyé à l'hôpital par un second médecin traitant pour collection du foie. Fièvre élevée, état sérieux.

Nous croyons à une appendicite avec complications hépatiques. D'abord, appendicectomie au milieu d'adhérences nettes, avec le docteur Montéro, aide ; nous suivons nettement une trainée d'adhérences purulentes dans le sinus pariéto-colique droit. Fermeture sans drainage.

Incision de Lannelongue sur le foie ; le foie nous paraît normal, nous n'y trouvons aucune trace de pus. L'espace sous-phrénique ponctionné par là, en avant, nous paraît indemne, mais le foie étant abaissé, nous pensons à une collection postérieure. Fermeture sans drainage.

Résection large de la 8e cote. Suture du diaphragme à la peau. Incision du diaphragme ; il s'écoule environ 500 grammes de pus, de colle horriblement fétide, visqueuse, vineuse. Drainage, lavage de l'espace sous-phrénique.

Nous quittons le service.

Le petit malade, après 10 jours de traitement, va mal ; toutes ses plaies suppurent. Les parents l'emportent sans avertissement préalable, dans un état très grave ; pouls incomptable.

Nous allons le panser chez lui et le voyons se remonter après 10 jours de traitement, dans un milieu malheureusement très impropre à des soins chirurgicaux. Le médecin traitant reprend la suite des pansements et, malgré son activité, environ 20 jours plus tard, le malade meurt.

L'examen histologique de l'appendice a révélé des lésions indubitables.

Obs. XLIV

Appendicite chronique. — Crises subintrantes

Madame Z..., 30 ans, atteinte de troubles gastriques et ovariens depuis trois ans, fait une crise d'appendicite devant notre confrère, le docteur Bonnard, et nous-même, crise à laquelle nous rattachons les troubles précédemment énumérés.

Gros gâteau iliaque. Température oscillant entre 37° et 38°5 par périodes irrégulières. Après quelques essais infructueux de refroidissement définitif par la glace, et bien que la malade ait été un moment améliorée, une nouvelle crise s'annonce par la recrudescence des douleurs.

Trente jours après notre premier examen, devant la persistance d'un cordon sensible dans la fosse iliaque, nous interve-

nons. Appendicectomie d'un gros appendice enflammé, rétro-coecal, au milieu d'adhérences nombreuses. Lésions inflammatoires du coecum. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XLV

Appendicite subaiguë

En juin 1921, Madame M..., 35 ans, vient nous consulter pour une crise d'appendicite, la deuxième, qui a commencé le 7 avril et qui a traîné jusqu'au 10 mai dernier environ.

Existence d'un cordon induré dans la fosse iliaque interne.

Intervention sans retard, et sans attendre un effacement problématique des lésions, avec l'aide du docteur Claude. Ablation d'un très volumineux appendice latéro-coecal externe. Nettoyage à l'éther de la fosse iliaque qui contient des placards, des membranes purulentes. Plaquage du coecum sur cette zone iliaque par quelques points de suture ; coeco-plicature large. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XLVI

Appendicite subaiguë

Année 1918. M. X..., étudiant.

Atteint d'appendicite depuis 20 jours.

Appendicectomie banale. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XLVII

Appendicite subaiguë

Année 1918. M. F..., étudiant.

Crise appendiculaire ayant débuté il y a 30 jours.

Dissection de l'apendice au milieu d'adhérences molles, puriformes. Fermeture sans drainage.

Guérison.

Obs. XLVIII

Appendicite subaiguë

Madame X..., adulte, atteinte d'appendicite depuis 40 jours. Souffre et a toujours de la fièvre.

Appendicectomie au milieu d'adhérences péritonitiques puriformes. Drainage.

Guérison.

d). — *Péritonites généralisées*

Obs. XLIX

Péritonite appendiculaire généralisée. — Mort

Le 8 février, nous sommes appelés d'urgence par le Service de Garde auprès d'un malade atteint de péritonite généralisée appendiculaire.

Rachistovainisation. Résection de l'appendice. Drainage.

Mort 24 heures plus tard. Le début de la crise remontait à environ 8 jours. Le malade avait été traité médicalement en ville.

Obs. L

Péritonite appendiculaire généralisée. — Mort

Nous sommes appelé le 16 juillot 1911, par le Service de Garde, pour une péritonite appendiculaire au 8e jour.

Malade traité médicalement en ville.

Opération immédiate. Drainage.

Mort 3 jours après.

Obs. LI

Péritonite généralisée par gangrène de l'appendice. — Guérison

Soldat P. M..., 23 ans, du 1er d'Artillerie de montagne.

Entre le 27 juin 1916, au cours d'une première crise d'appendicite aiguë.

Opération : incision de Roux ; on trouve immédiatement l'appendice, qui est gangrené complètement à sa base, séparé du coecum, nageant dans un flot de pus qui s'écoule abondamment. Un calcul gros comme un noyau de datte s'expulse de l'appendice. Le coecum se déchire sous l'aiguille ; triple coecoplicature. Injection de 300 grammes d'éther dans le ventre. Large drainage par drains et compresses.

Guérison.

Obs. LII

Péritonite généralisée. — Mort

Année 1912. Vieillard visité en ville, atteint de péritonite généralisée.

Appendicectomie et drainage.

Mort chez lui, 2 jours plus tard.

Obs. LIII

Aprendicite gangréneuse. — Péritonite. — Mort

M. X..., adulte, entre en août 1912 pour appendicite au 4e jour ; traité médicalement en ville. Nous sommes appelé d'urgence pour l'opérer.

Péritonite généralisée. Appendice gangrené.

Appendicectomie et drainage.

Mort 4 jours après.

Obs. LIV

Péritonite par appendicite gangréneuse. — Abcès pelvien. — Guérison

Le 23 février 1920, nous sommes appelés par notre confrère, le docteur Cornebois, à la Clinique du docteur Lavernhe, auprès d'un garçon de 15 ans, atteint de péritonite aiguë.

Ventre tympanisé, voussuré. T. 39°5, P. 120.

Appendicectomie immédiate et rapide : incision de Roux. L'appendice, interne, est facilement trouvé ; il est gangrené, vert, dans un flot de liquide purulent. Le coecum, douteux, est suturé contre le péritoine de la fosse iliaque. Trois drains : en haut, en dedans et en bas. Large inondation du ventre par l'éther. Etat précaire : Murphy ; Fowler.

3 jours plus tard, le malade va mieux ; on enlève les drains. La fièvre, qui était tombée à 37°5, remonte bientôt et, au 6e jour, le malade ressent une gêne notable dans le bas-ventre. Le toucher rectal décèle une collection dans le petit bassin.

Incision du rectum. Vidange de la poche à l'aide d'un clamps courbe : 400 grammes de pus. Lavement d'eau bouillie.

Guérison rapide sans incident.

Obs. LV

Péritonite par gangrène appendiculaire. — Mort

En 1913, Mademoiselle D..., 70 ans, est atteinte depuis deux jours d'appendicite (1re crise). Fibrome utérin du volume d'une tête d'adulte.

A l'examen, T. 38°4, P. 130. Vomissements porracés, ventre ballonné Point de côté costal. Pneumonie infectieuse droite.

La malade est transportée sans délai à l'hôpital, où nous l'opérons. Appendice gangréné, péritonite aiguë ; on enlève l'appendice et on verse 100 grammes d'éther dans le péritoine. Large drainage.

Bientôt hypothermie. Mort dans la nuit, huit heures après l'intervention.

Obs. LVI

Péritonite appendiculaire généralisée

Août 1914. Vieillard traité en ville.

Appendicectomie : péritonite généralisée, bouillon sale. Lavage du péritoine à l'éther. Large drainage.

Malade enlevé de l'hôpital : résultat inconnu ; nous le portons néanmoins aux morts.

Réflexions sur les Observations

Parmi ces observations, les unes sont brèves, nous le savons, les ayant résumées à dessein, et ne sont qu'un chiffre, qu'un élément de statistique ; les autres appellent des commentaires particuliers.

Avant de les aborder schématisons, chiffrons les résultats obtenus. Pour une plus grande justesse d'appréciation, nous ne ferons porter nos calculs que sur le relevé des observations de M. Cabanes, les autres, moins nombreuses, ne comportant que des succès.

Voici ces résultats statistiques :

19	appendicites aiguës.....	18	guérisons...	1	mort
7	péri-para-appendicites, abcès	6	» ...	1	»
17	appendicites à tiède.....	15	» ...	2	»
8	péritonites appendiculaires..	2	» ...	6	»

A cette lumière des chiffres, il est logique d'ajouter, pour la clarté de notre thèse, pour la controverse, cette remarque que nous écrivons sèchement, en équation :

Nombre de morts ayant subi le seul traitement chirurgical : 2 (Observations XXIV et LV).

Nombre de morts traités d'abord médicalement : 8 (Observations : XXVIII, XXXVIII, XLIII, XLIX, L, LII, LIII, LVI).

En traduisant cette statistique, en la paraphrasant, on peut écrire que toutes les morts, sauf celle de l'observation XXIV, sont imputables à la temporisation.

Pour l'observation LV (péritonite aiguë), on admettra bien que le décès, survenant en pareille occurence chez une femme de 70 ans, débilitée, portant un fibrôme utérin, atteinte de pneumonie, ne peut être compté comme un insuccès pour le principe d'intervention, l'idée d'un traitement médical, là, ne se soutenant même pas une seconde.

Pour l'observation XXIV, ainsi que nous l'a fait remarquer notre maître, M. Cabanes, ce n'est pas le principe d'intervention qui est en faute : c'est l'exécution qui a d'abord péché. Dans ce tissu cellulaire de la fosse iliaque, il eut mieux valu drainer, et surtout parce que les manœuvres de décortication de l'appendice avaient été difficiles, sur un coecum adultéré, dépéritonisé, saignant en nappe. Ensuite, puisque l'opérée a fait de la fièvre à la 48e heure, il eut fallu que la plaie fut aussitôt rouverte, et drainée secondairement : il y avait là une péritonite localisée, qui a bientôt envahi toute la grande séreuse. Il est à présumer que le foyer d'appendicite drainé, ce malade eut guéri, tout comme le malade de l'observation II.

Cette observation doit rendre infiniment prudent dans l'examen des suites de la fermeture par première intention au cours des appendicites aiguës. A cause des circonstances qui ont empêché l'opérateur et le chef de service suivant de bien surveiller le malade, ce fait acquiert malheureusement une valeur expérimentale.

Est-ce à dire qu'en face de lésions très aiguës, il ne faille pas, l'appendice enlevé, refermer par première intention, qu'il faille toujours drainer ? Nous verrons plus loin que non. Nous dirons tout à l'heure quand il faut laisser le foyer d'appendicectomie ouvert, quand et comment on doit le fermer.

Parmi ces malades, combien ont été opérés dans les 30 premières heures, après le deuxième jour, après le troisième jour, etc. Dénombrons :

Cas aigus opérés :

Dans les 36 premières heures : 12 (MM. Vincent et Mauri, 2 ; M. Cabanes, 10)	12 guérisons.
Après le 2e jour : 5 (MM. Vincent et Maury, 2 ; M. Cabanes, 3).	5 »
Après le 3e jour : 3 (M. Cabanes).	3 »
Après le 4e jour : 1 (M. Vincent).	1 »
Après le 8e jour : 2 (M. Cabanes).	1 échec opératoire ; 1 mort
Après le 12e jour : 1 (M. Cabanes).	1 guérison.

Dans un cas, au 8e jour, M. Cabanes s'est heurté à un plastron d'adhérences qu'il avait espéré franchissable, qu'il a dû renoncer à traverser pour arriver jusqu'à l'appendice. C'est là, d'ailleurs, il faut bien l'avouer, un cas typique assez connu de contre-indication à l'opération : la cavité péritonéale est impénétrable dans ces rares formes de plastron, de gâteau, de péritonite plastique à tendance scléreuse rapide, au cours des appendicites à rechute ; gâteau qui tient toute la fosse iliaque, enserrant l'appendice, qui réchauffe incessamment ses attaques, malgré la glace. Ce malade a d'ailleurs survécu : M. Cabanes a tamponné la plaie à la gaze pendant 8 jours, espérant la fonte des adhérences, et ultérieurement une reprise moins compliquée. Un déplacement inopiné, au cours des opérations militaires, l'empêcha par la suite de surveiller le malade.

Parmi les cas d'appendicite suppurée, à forme d'abcès, nous relevons :

3 abcès iliaques ;
2 » pelviens ;
2 » abdominaux ;

qui se répartissent ainsi :

1 opération au 8e jour ;
1 » 10e jour ;
1 » 12e jour ;
1 » 13e jour (mort) ;
1 » après le 15e jour ;
1 » » 18e jour ;
1 » » 30e jour.

Toutes ces suppurations sont à la charge de la temporisation. On voit combien elles rendent l'appendicectomie, le cas échéant, difficile, puisque l'on n'a pas trouvé l'appendice une seule fois au cours des interventions abdominales, l'observation XXIX, mise à part, où la formation de l'accès pelvien a été presque contemporaine de l'appendicectomie, consécutive seulement dans son affirmation. M. Cabanes, qui a bien étudié la courbe thermométrique de ce malade, ne fait pas de cet abcès pelvien une complication opératoire.

Parmi les appendicites à tiède, subaiguës, à répétition, l'intervention, motivée au fond par des reprises de crises tempérées, d'intensité moyenne, a été effectuée :

1 fois au 15e jour ;
1 » 20e jour ;
1 » 25e jour ;
5 » 30e jour ;
1 » 33e jour ;
1 » 40e jour ;
1 » 45e jour ;
1 » 50e jour ;
1 » deuxième mois ;
3 fois, la durée de la crise ne fut pas notée.

Il est regrettable qu'en regard des constatations cliniques anatomo-pathologiques de ces appendicites, on ne puisse afficher la courbe hémathologique qui aurait noté le coefficient, le degré exact de l'inflammation.

Tels quels, quelques-uns de ces cas sont démonstratifs :

1° De cette loi constante en appendicologie, et qu'il faut sans cesse répéter, que les cas tardivement opérés, qui grèvent la mortalité, sont le fait de la temporisation ;

2° De ce qu'on a pu intervenir à travers des plastrons volumineux et anciens, contrairement au cas précité (Obs. XIV).

Parmi les péritonites opérées, le début de la crise remontait :

A 2 jours environ : 3 fois (obs. LI et LIV : guérisons ; obs. LV : mort).
Au 4e jour : 1 fois (obs. LIII : mort) ;
Au 8e jour : 2 fois (obs. XLIX et L : morts).
Pour les autres, il n'a rien été noté.

A propos de la technique, nous ne compterons pas les incisions que nos maîtres ont choisies, cela nous paraît secondaire. Au contraire, nous rechercherons, point litigieux pour beaucoup de chirurgiens, combien de fois ils ont pu ou voulu refermer leurs incisions de laparotomie ; combien de fois il leur a paru qu'il fallait drainer.

Appendicites aiguës :

Fermeture sans drainage (MM. Cabanes et Maury) : 17 fois, avec 15 succès et 2 échecs.

Drainage (MM. Vincent et Cabanes) : 7 fois.

Appendicites subaiguës (M. Cabanes) :

Fermeture sans drainage..... 9 fois
» avec » ..... 6 fois

Il ne fut rien noté dans deux cas.

On le voit, la conduite à tenir n'a pas été absolue, et chez un même opérateur, il semble, de par l'examen des faits, paradoxaux en apparence, que la tendance à ne pas drainer se soit affirmée au fur et à mesure que la crise subaiguë est plus ancienne. En voici les raisons : dans la crise prise au début, dans l'appendice cueilli lors des premières heures du mal, il y a simplement et surtout appendicite ; en enlevant le vermis, on enlève bien et suffisamment tout le champ d'infection, on supprime toute complication, toute extension du mal dans l'œuf. Au contraire, au cours d'appendicites chroniques, subaiguës, réchauffées, il y a à considérer autre chose que les lésions de l'appendice. La temporisation, voulue ou forcée, a ouvert le champ aux complications : des foyers abcédés, distants ou voisins, importants au point de vue opératoire se sont formés, qu'on ne peut négliger. Là où il y a du pus, il faut drainer ; même lorsqu'il n'y a pas une très grosse collection, alors qu'on se trouve en face d'adhérences purulentes, de petits abcès multiples et dont on a ouvert les géodes, mis en liberté la virulence, un instant contenue, au cours d'une recherche souvent laborieuse, il faut se méfier et drainer, d'autant que le travail ne va pas sans hémorragie, excellent milieu de culture.

C'est là que les opérateurs à froid, en passant disent : « Pourquoi ne pas attendre encore quelque temps, que cette poudre d'abcès soit inoffensive, que la digestion phagocytaire l'ait fait disparaître ? ». Certes, ce serait l'idéal. Mais, quand on voit que l'appendice éjecte ses colonies microbiennes dans le courant circulatoire, qu'il élabore mystérieusement la toxémie, la septicémie, prépare la phlébite, l'embolie, l'abcès sous-phrénique, pleural ou autre, mieux vaut aller de l'avant et marcher droit au danger. Qui sait ce que le laboratoire appendiculaire fera demain ?

Concluons, en général, d'après nos observations, qu'on peut opérer presque toutes les appendicites à toutes les périodes. Que l'on rencontre parfois des obstacles infranchissables, comme dans l'observation XIV, cela est exceptionnel. Pour résumer le sentiment que nous avons de toutes nos lectures, nous dirons volontiers : « Qu'il soit tôt ou tard, quand un chirurgien radical ou opportuniste tient un appendice, il ne doit laisser partir le malade que lorsqu'il a l'appendice dans la main. »

Nous plaçons ici quelques remarques d'intérêt particulier.

L'observation I est pour nous un exemple frappant de ce que doit être la conduite en face de la gestation (appendicite et grossesse). On sait combien le pronostic est grave en pareil cas ; aussi, ne doit-on pas hésiter à recourir à l'intervention dès le début de la crise appendiculaire.

L'observation II nous montre un opéré portant une fistule pyo-stercorale survenue après une fermeture sans drainage. C'est la démonstration de ce fait, qu'il est possible de rattraper, le cas échéant, par une réouverture hâtive, ce qu'il y a de risqué dans la suture per primam, à la condition que la surveillance à l'égard du malade soit stricte. Dans les cas douteux, il est évident que la pratique de Lecène, ou celle de Delore qui est comparable, serait d'une meilleure compréhension ; ces méthodes sont à retenir.

Le cas relaté dans l'observation XVI, où malgré une perforation, minuscule il est vrai, accompagnée d'une plaque de gangrène cueillie à son apparition, l'opérateur a fermé avec succès l'abdomen, semble appuyer quelque peu les dires d'Ombredanne, qui veut que l'on referme le péritoine lorsque la cause du mal est enlevée. M. Cabanes nous a fait remarquer à ce sujet qu'il lui avait semblé licite de fermer parce qu'aucun symptôme de diffusion n'était visible, parce que vraisemblablement les lésions remontaient à peu de temps (25 heures). C'est affaire d'appréciation : il n'eut pas agi ainsi au 3e jour de la crise.

L'observation XXIV représente pour nous le cas typique et très fâcheux de la transmission des opérés d'un chirurgien à l'autre en période opératoire. Il y a eu là incoordination des efforts par défaut de renseignements.

A la lecture d'observations d'abcès, nous voyons qu'il a été impossible de retrouver l'appendice ; combien cela fait regretter que ces opérés n'aient pas subi l'intervention précoce qui eut été si simple, c'est encore là un mal de la temporisation. Mais en outre, l'incision d'un abcès abdomino-iliaque n'évite pas absolument le retour des crises : nous n'en voulons pour exemple que l'observation XL.

Pour les appendicites à forme pelvienne, à abcès pelvien, ce qui a frappé notre maître, M. Cabanes, c'est la rapidité de la guérison dès que le rectum a été incisé ; six

à sept jours se sont écoulés au plus avant que les malades ne puissent se lever.

Parmi les opérations d'appendicites subaiguës, nous signalerons l'observation XXXVII, appendicite latente, bien faite pour porter à l'intervention systématique. Voilà bien le type clinique de l'appendicite traîtresse, pour laquelle, tant elle paraît légère et si l'on n'est pas averti, on ne ferait même pas pratiquer un examen du sang révélateur et capable d'inciter à l'opération.

Enfin, l'observation LIV est digne d'être signalée pour un fait curieux. M. Cabanes a vu se réaliser là un abcès pelvien en quelques heures, qu'il a dû drainer secondairement. Cet abcès n'existait pas lors de la première intervention : le toucher rectal avait été négatif. Notre maître estime que l'apparition de l'abcès a suivi la mise en position de Fowler et lui est dûe. Le petit bassin deviendrait en pareil cas une citerne où le pus s'écoulerait, s'isolerait et se cloisonnerait, pendant que la guérison s'organise aux environs du coecum opéré par l'apparition des néo-membranes de péritonite plastique limitant la citerne pelvienne. Pareils faits ont été vus deux fois par Delore, qui les signale comme consécutifs à la position de Fowler et qui dût inciser le rectum quelques jours après l'appendicectomie (Thèse de Rigaud). De là devient évidente la nécessité de drainer directement, au cours des péritonites, le cul-de-sac prérectal, le Douglas, au besoin de le vider par aspiration, si l'on veut éviter cette poche restante.

CHAPITRE V

Discussion sur la proposition de Poirier

A l'heure actuelle, presque tous les chirurgiens, nous n'osons pas écrire tous les chirurgiens, se rallient à l'intervention précoce ; ils en acceptent la légitimité.

Si nous avons cru devoir affirmer sa supériorité, incontestable et incontestée dans les milieux chirurgicaux entraînés, enfonçant ainsi une porte ouverte, c'est qu'elle est ignorée encore de beaucoup de médecins, c'est que beaucoup se résignent malaisément ou paresseusement à voir l'appendicectomie sans délai remplacer le vieux traitement médical habituel. On muse, on biaise avec la maladie encore très souvent, tous les jours ; l'entourage ne cède pas au chirurgien sans protester, néanmoins, courir au chirurgien au début d'une crise d'appendicite entre dans les mœurs... jusqu'à la 30e, 36e heure. Mais après !.. Du 2e jour au 20e, à la fin du premier mois, beaucoup de médecins, beaucoup de chirurgiens tournent encore le dos au traitement chirurgical. C'est là aujourd'hui le point litigieux entre interventionnistes et non interventionnistes ; car, pour les 30 premières heures, pour la gangrène menaçante, les abcès, la péritonite, nous l'avons dit, il faudra bien opérer bon gré mal gré : tout le monde est d'accord. Il n'en est pas de même pour l'appendicite à tiède, pour les jours angoissants qui suivent la période maniable des 48 heures.

Beaucoup de chirurgiens ne veulent pas opérer le 3e, le 4e, le 5e jour sans y être forcés par quelque complication. Nous avons vu que Témoin opère à toute époque. Voici une des conclusions inspirées par Delore à Rigaud : Les 48 premières heures passées « à moins que la crise ne tourne court, on devra également opérer sans attendre le refroidissement, pour ne pas laisser le malade à la merci de complications qui peuvent survenir dans toutes les formes, d'autant plus que le refroidissement est difficile à

obtenir et immobilise le malade pendant plusieurs semaines ».

Pourtant, la pratique montre tous les jours, convenons-en, des appendicites qui refroidissent heureusement que l'on opèrera à froid (112 appendicites à froid, contre 52 à chaud ou à tiède dans les relevés de notre maître).

Si la crise avorte en quelques heures, si l'hématologie, les signes cliniques, pouls, température, si tout concorde pour indiquer nettement que la crise se termine, nous ne voyons aucun inconvénient à attendre quelques jours. Pourquoi pas un mois, quarante jours, pourquoi ne pas agir toujours comme pour le refroidissement des salpingites aiguës ? L'analogie apparente entre les deux ordres de lésions n'existe pas au point de vue pathologique, clinique et par conséquent au point de vue opératoire. L'expérience montre que la plupart, l'immense majorité des salpingites aiguës (non puerprales) refroidit régulièrement sous la glace ce sans amener de complications générales, toxémies ou septicémies ; en outre, si l'inflammation déborde le territoire salpingien, la suppuration se cantonne assez facilement en un point déclive, dans le bassin, dans le Douglas. Les salpingites n'évoluent pas vers la gangrène, parce qu'elles ne sont pas influencées directement, à canal ouvert, par la flore microbienne des matières fécales. Il n'en est pas de même pour l'appendic qui est au premier chef un laboratoire de toxémie, de septicémie et un centre de projection bactérien par voie veineuse, lymphatique ou par infection péritonéale (abcès à distance) ; qui n'a surtout pas une position propre au refroidissement spontané de ses inflammations, brassé qu'il est par le péristaltisme intestinal, branché qu'il est sur le réservoir d'anaerobies qu'est le gros intestin. Aussi, l'appendicite évolue-t-elle souvent vers la gangrène.

Mais quand la crise n'avorte pas, ne tourne pas court, mois quand un appendice réchauffe une crise plus de trois, quatre jours, malgré la glace, il faut se méfier, il y a tout à craindre, la gangrène, la suppuration, la péritonite. Après les délais maniables des 48 premières heures, s'ouvre une période d'incertitude sur la direction que va prendre la crise ; c'est au 3e, au 4e, au 5e jour que, souvent, de grosses complications forcent la main ; c'est aussi la période dangereuse qui donne le plus de morts opératoires. Si l'on pouvait avoir la certitude que rien de fâcheux n'arrivera,

comme l'on serait heureux de ne pas intervenir à ce moment, car, à partir du 5e jour, la mortalité décroît de nouveau.

Pourquoi redoute-t-on habituellement d'opérer du 3e au 5e jour ? On le sait. C'est parce que la crise appendiculaire à ce moment essaime de force tout autour, dans un rayon circum-voisin de l'appendice, des micro-organismes virulents, dont l'activité ne s'est pas encore atténuée par le vieillissement, par la phagocytose ; de là, la crainte d'une dissémination des germes dans la grande séreuse, dissémination désastreuse lorsqu'on sectionne les tissus gorgés de microbes en pleine virulence : ligaments, tissu cellulaire, adhérences du péritoine, épiploon... On redoute encore l'opération à cause du plastron, du rideau d'adhérences et de la difficulté à trouver l'appendice.

Mais, est-il vrai que le malade opéré dans cette période meurt à cause de l'opération ? N'est-ce pas plutôt à cause de la virulence même de la maladie ? Relisons les statistiques de Témoin ; relisons la statistique de Delore. Ces auteurs ont opéré au 3e et au 4e jour avec succès.

Si la mortalité est grande dans cette période dangereuse de l'appendicite, c'est que c'est la période de l'attaque brusquée septico-pyohémique qui surprend un organisme sans réaction organisée, inhabile, impuissant encore à se défendre.

La vérité est qu'on put aborder l'appendice, l'enlever ; qu'ont prévient un appendicite qui allait envahir la grande séreuse, qu'on ne l'arrête généralement pas si elle y est déjà. On peut nettoyer au 3e jour, au 4e jour, un foyer appendiculaire infect, très dangereux en cloisonnant le foyer, pendant l'opération, avec des compresses : c'est affaire d'expérience et d'habileté. Vers la fin de l'intervention, on peut circonscrire le foyer par quelques accrochages d'anses et d'épiploon, et isoler ainsi la grande séreuse. Le drainage fait le reste. Nous le répétons, on ne peut pas agir efficacement de même vis à vis de la grande séreuse. C'est donc affaire de vitesse, ou plutôt il faut... partir à temps. Est-ce que l'appendicite perforante des 25 premières heures (Obs. XVI), ou l'appendice gangrené (Obs. XXII) que l'on va délibérément chercher, ne sont pas aussi dangereux que tout ceci ? La virulence est-elle moindre ?

Il ne nous semble pas. Tout, au point de vue pronostic,

dépend de l'ampleur des lésions : on sauve des appendicites suppurées, avec perforation, avec abcès, on ne peut guère empêcher de mourir les péritonites suraiguës confirmées. C'est généralement par péritonite que meurent les opérés tardifs ; mais ce n'est pas le chirurgien qui crée la péritonite et lui ouvre les portes de la grande séreuse, à moins de maladresse insigne : elle aurait éclaté sans lui. Il faut partir à temps.

Est-ce la question des adhérences qui peut faire hésiter, reculer ? Mais à cet âge de l'appendicite, du 3e au 6e jour, elles ne sont pas encore très résistantes, très organisées. En y voyant très clair (il ne faut pas de petites incisions), en procédant avec prudence, on arrive à l'appendice sans essaimer le pus virulent. Delore procède d'une manière originale : après incision de Schüller, plus directe que le Jalaguier, « le doigt est un auxiliaire précieux, dit Rigaud, mais à condition d'être nu, déganté, les sensations recueillies étant ici trop grossières et trop infidèles. Au cours de cette exploration, la prudence la plus élémentaire conseille d'agir avec patience et douceur, toutes les manœuvres énergiques, l'emploi des instruments provoquant un abondant suintement sanguin qu'il faut éviter, car il est la source de beaucoup d'ennuis ultérieurs ». D'autres chirurgiens ne repoussent pas la manœuvre instrumentale douce, l'usage de la compresse. Ce qu'il faut éviter, ce sont les manœuvres de force, de rudesse, d'arrachement, de délabrement. Mieux valent une paire de ciseaux, une compresse délicatement maniée, libérant de façon précise et à menus coups, sans éclat, un appendice, qu'un geste brutal qui l'amène triomphalement en laissant fuir son pus, son ichor infect entre les anses intestinales saines, non étroitement surveillées.

Quelquefois, on est obligé d'opérer dans la profondeur, on n'a pas pu extérioriser l'appendice — ce n'est pas l'idéal rencontré dans l'opération à froid évidemment — on est obligé de placer quelques sutures profondes. Delore, lorsque les sutures sont malaisées à pratiquer, clampe délibérément les petites artères, ce qui saigne dans le côlon ilio-cœcal, abandonnant deux ou trois pinces pendant 24 heures sur le méso des appendices postérieurs, par exemple, sans inconvénient. Il répare, autant que cela peut se faire, le péritoine, isole la fosse iliaque de la grande

séreuse, et arrive à cette proportion magnifique de 69 interventions à chaud avec 69 succès.

Nous, convaincu de l'honnêteté de l'opération à chaud dans les 48 premières heures, cela nous convainct de la légitimité de l'opération à tiède quand elle est possible.

Nous croyons donc que, sauf quelques cas exceptionnels, rien n'est absolu en médecine, la formule de Poirier est acceptable théoriquement pour la plupart des cas, sous la réserve, qui influe énormément sur la pratique, que les circonstances et l'entourage souvent rétif veuillent bien s'y prêter.

Nous ne déplacerons pas longuement, en effet, un appendiculaire par amour de la théorie que nous soutenons, et pour déclancher une péritonite. Et là où il n'y a pas un chirurgien, l'immobilité et la glace, voire même l'opium, reprennent par force leurs vertus anciennes.

CONCLUSIONS

Pour résumer la conduite à tenir dans les appendicites aigües de toutes formes, nous formulons les conclusions suivantes :

1° Actuellement, la plupart des chirurgiens ne considèrent le traitement médical de l'appendicite, réserve faite pour les sérums, que comme un pis aller.

2° Le traitement rationnel est l'appendicectomie précoce ; cette dernière est aussi bénigne, dans les 30 premières heures que l'appendicectomie à froid.

3° Ce n'est pas le nombre d'heures, la durée d'une crise qui en font sa gravité. Tout le pronostic d'une appendicite se résume dans les lésions péritonéales et dans les phénomènes de septicémie qui peuvent l'accompagner ; c'est l'évolution, l'apparition ou la disparition de ces phénomènes qui peuvent indiquer ou contre-indiquer une cure radicale. On peut donc opérer à chaud ou à tiède à n'importe quelle période de l'appendicite.

4° La technique opératoire est variable quant aux incisions de la paroi. Les incisions de Roux et de Mac-Burney, celle de Schüller sont le plus généralement adoptées aujourd'hui. L'incision de Jalaguier semble moins pratique que dans les interventions à froid.

Après l'appendicetomie à chaud, il est possible de refermer la paroi sans drainage, si la paroi a été bien protégée au cours de l'intervention. Cette fermeture peut être complète ou incomplète : dans les cas de péritoine douteux, il est plus prudent de réserver le plan musculo cutané pour une suture secondaire tardive.

Il est particulièrement indiqué de drainer toutes les fois que l'on opère dans le tissu cellulaire sous-coecal de la fosse iliaque interne, toutes les fois que les tissus saignent en nappe. On peut refermer plus hardiment lorsque l'appendicectomie est faite au milieu d'adhérences péritonéales.

L'éther peut laver un péritoine de quelques souillures, dans un périmètre restreint ; il peut entraver le développement de micro-organismes de faible virulence, d'un colibacille par exemple. Il ne saurait être le guérisseur des péritonites généralisées, dont la formule de régression sera peut être demain le fait de la sérothérapie.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Alamartine et Bérard. — L'opération précoce dans l'appendicite aiguë. Province médicale, 1907.

Arnaud. — Traitement des péritonites aiguës. Th. Lyon, 1911.

Bar. — Les résultats du traitement de l'appendicite à l'hôpital cantonnal de Münsterlingen. Bitrage z.klin. Chir. 1908.

Bérard et Vignard. — L'appendicite. (Masson, 1914).

Burgess, de Manchester. — Statistique de 500 opérations à chaud. The British Méd. Journal.

Bornhaupt. — Zur frühoperation des append. V. Langen. Arc. 1903.

Bernays. — Prompt operation in the bigining of the attack, willsave nearly all cases of append. Medical news, may 1905.

Broca. — L'appendicite, formes et traitement. Act. médicales. (Paris, Baillères 1909).

Chaput. — Traitement de l'appendicite. Gazette hebdomadaire, 1899.

Cabanes. — Hernie étranglée de la paroi au niveau d'une incision de Jalaguier. Bull. méd. de l'Algérie, nov. 1913.

Cheyne W. W. — On the operation tratm. of early acute append. Clin. Journ. 1894.

Delbet. — Traitement de l'appendice Rev. de Chirur. 1903.

Delorme. — Sur le trait de l'append. Bull. de l'Acad. de Médec. 1899.

Deparke. — L'opération précoce dans l'appendicite. Th. Paris, 1910-11.

Dieulafoy. — Sur le trait. de l'appendicite. Bull. de l'Acad. de Méd. 1899.

Dieulafoy. — Sur le trait, de l'appendicite. Bull. de l'Acad. de Méd. 1902.

Dieulafoy. — Attendre, pour opérer, que l'appendicite soit refroidie, c'est envoyer le malade à la mort. Presse Médicale, 1902.

Descomps. — Les appendicites sans péritonite ; le syndrome toxémique aigu. Paris médical, juin 1921.

Ders. — Appendicite infectieuse compliquée de péritonite traitée avec succès par l'appendicectomie. Soc. de Chirur., Paris, 1895.

Ders. — Sur un point particulier du trait. des appendicites aiguës. Bull. de la Société de Pédiatrie, Paris 1901.

Ders. — Sur l'appendicite et son traitement. Annales de Méd. et Chir. infantiles, 1902.

Delagenière. — De l'intervention précoce dans l'appendicite aiguë ; indications opératoires et résultats. Arch. médic. d'Angers.

Durand et Thevenot. — Lyon médical, janv. 1906.

Duteil. — L'incision des collect. append. suppurées, Th. Paris 1901.

Ebner. — Etat actuel du diagnostic et du traitement de l'appendicite. Sammbung klinischer Vortrage, 1908.

Ferrand. — Sur le traitement de l'appendicite. Bull. de l'Acad. de Méd., 1889.

Gastou. — G. M. F. Early opération in app., with a case. Atlanta méd. and surg. Journ., 1894.

Gibbons. — Dangers attendant on attempl. at. gaining the interval in opper for append. Journ. Amer. méd. 1903.

Gosset A. & J. Berger. — De l'intervention d'urgence dans l'appendicite aiguë. Presse médic., déc. 1919.

Graser. — Uber die Frithopération bei Perityplitis. Munch. méd. Woch. 189.

Hartmann. — Rapport sur le traité des péritonites aiguës 24e Congrès de Chir,, Paris, 1911.

Jaboulay. — Intervention tardive, expectation ou intervention retardée dans l'appendicite. Lyon médic., nov. 1891.

Jalaguier. — Traitement de l'appendicite. Gaz. méd. de Paris, 1895.

Kirmisson. — Traitement de l'appendicite, in Bull. de la Soc. de Chir. de Paris, 1895.

Kammerer. — App. perf. appendin. tied of the 3 day of a pérityphl. attak. New-York méd. Journ. 1892.

Kocher. — Eine Methode früher Radikalopération bei Perityphlitis (Korrespondenzellen f. Schweizer Arzte, 1900).

Laurie G. — App. acuta Entfernung der Appendin. lestunden mach. eintsetz, der symtome. Glascow méd. Journ. 1901.

Legueu. — Traitement de l'appendicite, monographie clinique, 1899.

Lejars. — Les indications opératoires de l'appendicite. Jour de Méd. de Paris, 1903-04.

Mac-Burney. — The indication for early laparotomy in app. Annals of surg., 1891.

Mausel-Moulin. — Sur la signification de quelques-uns des signes de l'appendicite au point de vue de l'urgence de l'opération. (British méd. Journ. 1908).

Nove-Jossserand. — Discussion sur le traitement de l'appendicite. (Bull. de la Soc. de de Chir. de Lyon, 1900).

Picou et Bolognesi. — Etat actuel de la question sur la nature et sur le traitement de l'appendicite. (Bull. gén. de thérap., 1902).

Quervain. — A quel moment faut-il opérer dans les crises d'appendicite. (Semaine médicale, 1900).

Sampson-Handley, de Londres. — Dangers de l'appendicite et moyen de les prévenir. (The pratictionner, décembre 1911).

Siron. — Interventton précoce dans les péritonites diffuses d'origine appendiculaires. Th. Paris, 1896-97.

Smiih. — L'appendice résiduel. (Médical record, 1908).

Sonnenburg. — Opération précoce de l'appendicite. 33e Congrès de Chirurgie, 1904.

Southam. — L'opération précoce dans l'appendicite aiguë. (Lancet, 1900).

Témoin. — Rapport au 24e Congrès de Chirurgie. Paris, 1911.

Turner. — Statistique des opérations d'appendicite pratiquées au Saint-George Hospital, de 1894 à 1909. (The Lancet, juillet 1909).

Villaret. — Abc. appenp. ouverts dans le rectum. Th. Lyon, 1894.

Vladoff. — Abc. append. ouverts dans la vessie. Thèse Lyon, 1894.

Vignard P. — De l'appendicectomie. Th. Lyon, 1899.

Ziedler et Boliarski. — Opération précoce dans l'appendicite aiguë. (Vratchebnaïa Gazeta, Pétrograde, 1912).

TABLE DES MATIÈRES

Pages

Introduction 11

Chapitre I

Le traitement de la crise appendiculaire. — Historique. 13

Chapitre II

Critique des diverses opinions relatives au traitement de l'appendicite aiguë 20

1° Appendicites au stade précoce 21

2° Appendicites au stade tardif 24

Chapitre III

La Technique Opératoire 27

1° Intervention à chaud dans l'appendicite aiguë : il n'y a pas d'abcès ni de péritonite généralisée 29

2° Intervention à chaud dans les appendicites suppurées. 30

3° Intervention dans la péritonite généralisée appendiculaire 33

Chapitre IV

Observations 36

Réflexions sur les observations 54

Chapitre V

Discussion sur la proposition de Poirier 61

Conclusions 66

Index bibliographique 67

Vu :
Le Président de Thèse,
Dr VINCENT.

Vu :
Le Doyen,
CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :
Alger, le 24 Juin 1921.
Le Recteur de l'Académie,
E. ARDAILLON.

Imp. Moderne, 2, boulevard Laferrière. — Alger

Imprimerie
Moderne
ALGER
2, Boulevard Laferrière